

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1925

THÈSE **338** N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-GABRIEL DUPUY

Né à Châlons-s-Marne, le 30 Juin 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VÉRU-MONTANITES

92 Observations inédites

Président : M. LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925



THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

ANNÉE 1925

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PRÉSENTÉE PAR

JEAN-GABRIEL DUPUY

Né à Châlons-s-Marne, le 30 Juin 1899

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES

VÉRU-MONTANITES

92 Observations inédites

Président : ... LEGUEU, Professeur

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

1925

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS.
Anatomie médico-chirurgicale.	CUNÉO.
Physiologie.	Ch. RICHET.
Physique médicale.	André BROCA.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Bactériologie.	BEZANÇON.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale.	SICARD.
Pathologie chirurgicale.	LECENE.
Anatomie pathologique.	LETULLE.
Histologie.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale.	RICHAUD.
Thérapeutique.	CARNOT.
Hygiène.	Léon BERNARD.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	MÉNÉTRIÉR.
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER.
Clinique médicale.	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	ACHARD.
	WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance.	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants.	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux.	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.	TEISSIER.
Clinique chirurgicale.	DELBET.
	HARTMANN.
	LEJARS.
	GOSSET.
Clinique ophtalmologique.	De LAPERSONNE
Clinique urologique.	LEGUEU.
Clinique d'accouchements.	COUVELAIRE.
	BRINDEAU.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique.	J-L FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	BROCA Auguste.
Clinique thérapeutique médicale.	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique.	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale.	DUVAL.
Clinique propédeutique.	SERGENT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.		MM.	
ABRAMI	Pathologie médicale	LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
ALGLAVE.	Pathologie chirurgi- cale	LARDENNOIS.	Pathologie chirurgi- cale.
AUBERTIN	Pathologie médicale.	LE LORIER.	Obstétrique.
BASSET.	Pathologie chirurgi- cale	LEMAITRE.	Oto-rhino-laryngolo- gie.
BAUDOUIN.	Pathologie médicale.	LEMIERRE.	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.	LÉVY-SOLAL.	Obstétrique
BLANCHETIERE.	Chimie biologique.	LHERMITTE.	Pathologie mentale
BRANCA	Histologie.	LIAN	Pathologie médicale.
BRULÉ	Pathologie médicale.	MATHIEU.	Pathologie chirurgi- cale
BUSQUET.	Pharmacologie et ma- tière médicale.	METZGER.	Obstétrique.
CADENAT	Pathologie chirurgi- cale.	MOCQUOT.	Pathologie chirurgi- cale.
CHAMPY.	Histologie.	MONDOR.	Pathologie chirurgi- cale
CHIRAY.	Pathologie médicale.	MOURE.	Pathologie chirurgi- cale.
CLERC.	Pathologie médicale.	MULON.	Histologie
DEBRÉ.	Hygiène	PHILIBERT.	Bactériologie.
I. de JONG.	Anatomie pathologi- que.	RIBIERRE	Pathologie médicale.
DUVOIR	Médecine légale.	RICHET Fils.	Physiologie.
ÉCALLE	Obstétrique.	ROUVIÈRE.	Anatomie.
FIESSINGER.	Pathologie médicale.	STROHL.	Physique médicale.
FOIX.	Pathologie médicale.	TANON.	Pathologie médicale.
GARNIER.	Pathologie expéri- mentale.	TIFFENEAU	Pharmacologie et ma- tière médicale.
HARVIER.	Pathologie médicale.	VAUDESCAL.	Obstétrique
HEITZ-BOYER.	Urologie.	VERNE.	Histologie.
HOVELACQUE.	Anatomie.	VILLARET.	Pathologie médicale.
JOYEUX	Parasitologie.	WELTER.	Ophthalmologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.		MM.	
CAMUS	Physiologie.	RETTERER.	Histologie.
GOUGEROT.	Pathologie médicale.	ROUSSY	Anatomie pathologi- que.
GUÉNIOT.	Obstétrique.		

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE à titre permanent

MM.		MM.	
AUVRAY.	Clinique chirurgicale.	OMBRÉDANNE.	Clinique chirurgicale infantile.
CHEVASSU.	Clinique chirurgicale.	PROUST.	Clinique chirurgicale
LAIGEL-LAVASTINE.	Clinique médicale.	RATHERY.	Clinique médicale.
LEREBGJLLET.	Clinique médicale infantile.	SCHWARTZ.	Clinique chirurgicale.
LÉRI.	Clinique médicale.	TEHRIEN.	Clinique ophtalmologique.
LÉPER.	Clinique médicale.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	} Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes.
FREY.	
N.	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD.	Éducation physique.
	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 Décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES SOEUR ET FRÈRE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LEGUEU
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL NECKER
PROFESSEUR A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider cette thèse. Mes hom-
mages respectueux et ma très gran-
de reconnaissance pour l'accueil
bienveillant qu'il m'a réservé dans
son service.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR P. FLANDRIN
CHEF DU SERVICE DE CYSTOSCOPIE
A LA CLINIQUE UROLOGIQUE DE NECKER

*Qui nous a inspiré le sujet de cette
thèse. Notre profonde gratitude.
Qui nous a donné les éléments de
ce travail et en nous prodiguant gé-
néreusement les conseils dictés par
son expérience, nous a permis de le
mener à bien.*

A la fin de nos études médicales, nous avons suivi, avec le plus grand intérêt le Service de la Clinique Urologique de l'hôpital Necker. A la consultation externe, nous avons été frappé du grand nombre de malades atteints d'urétrite chronique. Nous avons observé ces malades dans le service d'endoscopie où ils étaient dirigés systématiquement en vue d'une exploration plus précise. A l'heure actuelle, en effet, toute urétrite chronique doit être examinée à l'urétroscope, et l'endoscopie postérieure reconnaît les mêmes indications que la cystoscopie dans les affections vésico-rénales prolongées.

Les examens urétroscopiques auxquels nous avons assisté et dont quelques-uns ont été pratiqué par nous-mêmes, nous ont montré la grande fréquence de l'atteinte du verumontanum chez les malades qui consultent pour un écoulement chronique.

Il nous a paru intéressant de grouper les documents urétroscopiques recueillis par le Docteur Flandrin et d'essayer d'individualiser ces verumontanites, tant au point de vue anatomique qu'au point de vue clinique et thérapeutique.

Cette contribution modeste à l'études des verumontanites fera donc l'objet de notre thèse inaugurale.

Anatomie normale de l'Urètre prostatique et du Veru Montanum

Nous serons brefs sur l'anatomie normale de l'urètre postérieur largement décrite dans les traités d'anatomie. Nous insisterons davantage sur les données récentes touchant à l'anatomie fine et à la physiologie de cet urètre prostatique que nous trouvons si fréquemment atteint au cours des urétrites chroniques. On peut affirmer aujourd'hui, à la lumière de l'urétroscopie postérieure, que ces lésions y sont constantes et parfois prépondérantes.

L'étude de l'urètre postérieur comporte la description du segment profond, prostatique, du canal. Il affecte des rapports intimes avec deux systèmes musculaires sphinctériens d'une part et avec la prostate de l'autre. Enfin, sur la partie moyenne de sa face postérieure nous trouvons un organe complexe qui nous arrêtera plus longtemps : le Veru-Montanum.

Urètre prostatique en général

Vu sur le cadavre, l'urètre prostatique commence au niveau du col de la vessie, et sa fin est marquée par un brusque rétrécissement de son calibre qui indique le début

de l'urètre membraneux. Il se présente comme une dilatation fusiforme se dirigeant en bas et en avant en décrivant une courbe postérieure dont la concavité regarde en haut et en avant. Ouvert, son diamètre maximum se trouve à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de sa longueur. Il mesure environ 3 centimètres de long. Il est revêtu d'une muqueuse de couleur blanc jaunâtre qui présente des plis ordinairement peu apparents et dirigés parallèlement à l'axe du canal.

LONGUEUR DE L'URÈTRE PROSTATIQUE
D'APRÈS LA STATISTIQUE DE P. DELBET

Age du malade		long. totale de l'urètre	long. de l'urètre prostatique
1 ^{re} Série.....	30	18 cm.	3,1
	22	17 cm.	2,6
	23	19 cm.	3,6
	29	17,8	3,6
	20	18,4	2,6
2 ^e Série.....	64	16,8	2,4
	60	17,2	4,8
	55	16,6	2,5

Rapports de l'Urètre avec la Prostate

Il pénètre dans la base de la prostate, à l'union du quart antérieur et des trois quarts postérieurs de la glande et sur la ligne médiane. Il se porte ensuite en bas et un peu en avant, suivant une légère courbe à convexité postérieure, et sort enfin au niveau du sommet de la prostate.

Au début de ce trajet, l'urètre est situé en avant de l'axe prostatique, puis il se rapproche progressivement de cet axe, le croise et le dépasse au niveau du bec prostatique. Ainsi, dans la majeure partie de son parcours, il se trouve plus rapproché de la face antérieure de la glande que de sa face postérieure; autrement dit, la plus grosse masse de la prostate se trouve en arrière du canal urétral, auquel elle peut même ne fournir qu'une simple gouttière.

Rapports de l'Urètre prostatique avec le Sphincter interne ou Sphincter lisse

Dès sa naissance au col vésical, l'urètre prostatique est entouré par l'anneau musculaire du sphincter interne. Considéré dans son ensemble, celui-ci revêt la forme d'un cône à base supérieure dont les fibres musculaires se continuent en haut avec celles de la vessie.

Il étreint le quart supérieur du canal prostatique et son épaisseur diminuant graduellement de haut en bas, il se termine au niveau de la partie moyenne du Vêru montanum. Si sa paroi interne encercle l'urètre, sa paroi externe est elle-même entourée en avant par le demi-anneau du sphincter strié externe, en arrière et sur les côtés par la prostate.

Rapports de l'Urètre prostatique avec le Sphincter externe ou Sphincter strié

Le sphincter strié entoure directement et d'un anneau complet l'urètre postérieur dans la portion membraneuse de ce dernier. Puis, comme se brisant en deux moitiés au

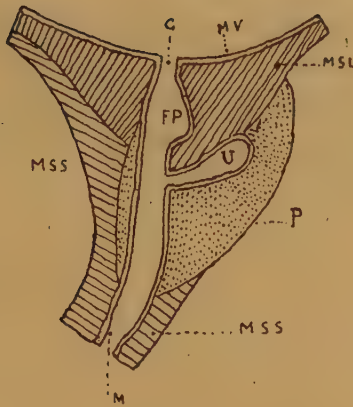


FIGURE 1

Schéma des rapports de l'urètre prostatique avec
la prostate et les sphincters

Coupe sagittale.

- C. Col vésical.
- MV. Muqueuse vésicale.
- FP. Fosse prostatique.
- MSL. Muscle sphincter lisse.
- U. Utricule.
- P. Prostate.
- MSS. Muscle sphincter strié.
- M. Urètre membraneux.

niveau de l'urètre prostatique, il donne en s'amincissant progressivement de bas en haut :

1° Un segment d'anneau postérieur qui disparaît rapidement au niveau du bec de la prostate;

2° Un demi-anneau antérieur qui montera jusqu'au col vésical.

Ainsi le sphincter externe affecte des rapports médiats avec l'urètre prostatique puisqu'il le couvre en bas par l'intermédiaire de la prostate et en haut par celui du sphincter lisse sur lequel il repose directement.

Histologie de l'Urètre prostatique

Il comprend trois tuniques concentriques qui sont de dedans en dehors :

Une tunique muqueuse, une tunique vasculaire, une tunique musculaire.

TUNIQUE MUQUEUSE.

Son épaisseur est d'environ un demi-millimètre. Elle comprend :

Une couche épithéliale, un chorion.

1. *La couche épithéliale* présente deux assises de cellules : une assise superficielle et une assise profonde.

Assise superficielle : au niveau du sphincter lisse, elle est formée de deux ou trois rangées de cellules aplaties qui se confondent sur le col avec les cellules analogues de l'épithélium vésical; au niveau du veru-montanum, elle est composée d'une seule couche de cellules du type cylindrique.

Assise profonde : elle présente quatre ou cinq rangées de petites cellules arrondies ou polyédriques.

2. *Chorion*. Il est séparé de l'épithélium par une membrane ou « vitrée » et possède de rares papilles. Il est très

riche en fibres élastiques organisées en un réseau dont les mailles sont allongées suivant l'axe de l'urètre.

Glandes. — On décrit :

Des glandes intra-épithéliales, simples cellules mucipares, qui sont sur le même plan que les cellules les plus superficielles.

Des follicules plus profondément situés.

Des glandes en grappe ou glandes sous-muqueuses.

TUNIQUE VASCULAIRE.

Elle est constituée par un riche réseau de fibres élastiques dans les mailles duquel cheminent de nombreux canaux veineux largement anastomosés entre eux et formant plexus. C'est donc un corps spongieux, mais il est peu épais et rudimentaire.

TUNIQUE MUSCULAIRE.

Elle comprend un plan interne de fibres longitudinales, un plan externe de fibres circulaires.

ARTÈRES.

Comme celles de la prostate, ce sont des branches de l'hémorroïdale moyenne et de la vésicale, branches de l'hypogastrique.

VEINES.

Elles aboutissent successivement au plexus de la tunique vasculaire ou plexus vésico-prostatique et à la veine hypogastrique.

SYMPATHIQUES.

Ils forment un riche réseau dans le chorion muqueux un peu au-dessous de l'épithélium. Ils se mêlent, pour la plupart, aux lymphatiques de la prostate, sauf quelques-uns qui remontent le long des canaux éjaculateurs jusqu'au col de la vésicule séminale et là, se confondent avec les lymphatiques de ce dernier organe.

NERFS.

Ils proviennent du plexus hypogastrique; ils donnent des filets vaso-moteurs, des filets moteurs pour la musculuse, des filets sensitifs pour la muqueuse.

Il convient d'ajouter à ces nerfs les nombreuses fibres sympathiques qui forment un riche plexus autour des artères.

L'urètre prostatique présente une paroi antérieure, deux parois latérales et une paroi postérieure.

Paroi antérieure et parois latérales. — Il est préférable de les étudier dans une description d'ensemble.

D'une façon générale, la paroi antérieure rectiligne présente une concavité regardant le plancher de l'urètre et le veru-montanum, sur lesquels elle s'affaisse, l'urètre étant vide. Les parois latérales, qui sont presque parallèles et légèrement convexes en dehors, s'affaissent de la même manière, le canal étant à l'état de repos physiologique.

L'urètre prostatique étant à l'état de vacuité, la lumière urétrale est purement virtuelle et se présente sur des coupes transversales du canal sous la forme d'une simple fente.

En aval du veru-montanum la fente est aplatie d'avant

en arrière. Au niveau de la crête du veru, la fente aplatie se coude en son milieu et forme un angle obtus ouvert en bas.

Au niveau du corps du colliculus, cet angle ouvert en bas devient plus aigu, parfois il s'arrondit et se transforme en une courbe à concavité postérieure, ou bien, la fente affecte la forme d'une étoile à trois rayons, l'un antérieur, les deux autres postéro-latéraux. Ces deux derniers rayons limitent le veru et, dans ce cas, la coupe de ce dernier est triangulaire.

Au-delà du veru, au niveau de l'urètre sus-montanal, la fente devient de nouveau transversale.

Dilatabilité de l'urètre prostatique. — Pour Guyon et Campenon, elle peut atteindre jusqu'à 2 centimètres de diamètre. Pour Oberlander et Kollmann, 1 cent. 3 mm. à 1 cent. 5 mm.

Presque tout l'intérêt de l'urètre prostatique réside dans sa paroi postérieure, encore appelée plancher. Nous l'étudierons dans ses trois segments : sus-montanal, montanal et sous-montanal.

En effet, cette paroi postérieure présente à sa partie moyenne une saillie allongée, oblongue : le veru-montanum. En arrière, sur le plancher sus-montanal, il pousse vers le col de la vessie, soulevé par le sphincter lisse, des expansions musculaires. Ce sont les freins postérieurs qui bordent une dépression, la fossette prostatique. Sur les côtés, le veru surplombe deux rigoles profondes, les gouttières latérales; en avant, s'effilant graduellement, il se termine sur le plancher sous-montanal, en un long pli longitudinal, qui est la crête urétrale.

Anatomie descriptive

Urètre sus-montanal.

Il commence au col de la vessie au niveau du sphincter lisse et il s'étend jusqu'à la face postérieure du veru-montanum. Sa lumière, virtuelle à l'état de vacuité, montre vue en coupe sur le cadavre, une forme circulaire à son origine au col vésical. Plus bas, elle est en fer de lance à la partie moyenne de l'urètre sus-montanal.

Paroi antérieure. — Elle monte directement vers l'orifice vésical un peu oblique en arrière et en haut.

Les parois latérales ne présentent rien de particulier.

La paroi postérieure, ou plancher, descend depuis le rebord du sphincter lisse, suivant un plan plus ou moins incliné, jusqu'aux pieds de la face postérieure du veru-montanum. La jonction de ce plan incliné avec la face postérieure et abrupte du veru contribue à former la fossette prostatique des classiques. Sur le plancher cheminent les bandelettes, expansions musculaires du trigone de Lieutaud qui franchissent le sphincter lisse et vont se fixer à la base de la face postérieure du veru. Ces bandelettes de nature conjonctivo-musculaire, appelées freins postérieurs du veru, bordent latéralement la fossette prostati-



FIGURE 2

Schéma du Veru montanum vu de face sur
l'urètre prostatique ouvert et étalé

CV. Col vésical.

FP. Fossette prostatique.

CP. Orifice des canaux prostatiques.

GP. Sillon latéral ou gouttière prostatique.

U. Utricule.

E Orifice des canaux éjaculateurs.

CU. Crête urétrale.

FPO. Freins postérieurs du veru.

FPO. Freins postérieurs du veru.

FA. Freins antérieurs du veru.

que dont elles accusent ainsi la profondeur. Elles présentent une crête assez aiguë et leur section sur une coupe transversale est triangulaire. Dans cette fossette débouchent les deux principaux canaux excréteurs du lobe moyen de la prostate et ceux du groupe glandulaire sous-cervical d'Albarran.

DIFFÉRENTES MODALITÉS DES FREINS POSTÉRIEURS
ET DE LA FOSSETTE PROSTATIQUE.

Premier type. — Le plancher sus-montanal ne présente pas de freins postérieurs et la fossette prostatique qui n'est pas bordée latéralement est peu profonde.

Deuxième type. — Le trigone a envoyé un seule bandelette qui crée de part et d'autre deux petites fossettes jumelles, le frein unique les séparant sur la ligne médiane.

Troisième type. — C'est celui à deux freins que nous avons pris pour modèle plus haut.

Quatrième type. — Du trigone sont parties des bandes en nombre variable (au nombre de cinq à six); entre ces freins multiples se trouvent de nombreuses petites fossettes à peine creusées.

Segment montanal de l'Urètre prostatique :

Veru-montanum et gouttières latérales. Parois latérales et antérieures.

LE VERU-MONTANUM.

Synonymie : colliculus seminalis, schnepsenkopf, cornicula seminalis, caput gallinaceum, crista urethralis,

Le veru occupe la paroi postérieure de la partie moyenne de l'urètre prostatique. C'est une saillie oblongue dont le grand axe est parallèle à celui de l'urètre et dont la grosse extrémité est tournée en arrière et en haut vers le col. Il présente un corps et deux extrémités.

Le corps est la partie la plus saillante, et son maximum d'épaisseur correspond à l'union de son tiers postérieur et de ses deux tiers antérieurs. Bien que rectiligne, il n'est pas situé sur le même plan dans toute son étendue; sa forme est très variable.

On trouve, normalement, de gros et de petits veru, de plus ou moins saillants, ou effacés. On en voit qui sont ovales, elliptiques, piriformes, très allongés, etc... Sa longueur moyenne est de 10 à 14 millimètres, sa largeur et sa hauteur moyennes, au niveau de sa plus grande épaisseur, sont de 3 millimètres.

Extrémité postérieure du veru. — Elle regarde vers le col de la vessie et s'élève assez abrupte au-dessus de la fossette prostatique. A ses pieds viennent se fixer, quand ils existent, les freins postérieurs.

Corps du veru. — Il présente une partie supérieure et deux parties latérales. La partie supérieure regarde la paroi antérieure de l'urètre prostatique; sa surface montre trois orifices : l'orifice utriculaire, qui est médian, et les deux orifices des canaux éjaculateurs, respectivement situés à

sa droite et à sa gauche, mais non toujours de façon symétrique.

Parois latérales du veru. Sillons latéraux. — Plus ou moins convexes en dehors, elles regardent les parois latérales de l'urètre avec lesquelles elles délimitent de chaque côté du veru-montanum deux gouttières dont le fond correspond au plancher du canal : ce sont les sillons latéraux (sulci latérales) dont la profondeur dépend de la hauteur du colliculus seminalis.

Dans le fond de ces sillons, débouchent sur plusieurs rangs longitudinaux les gros canaux excréteurs des glandes prostatiques dont on voit les orifices arrondis ou elliptiques.

Extrémité antérieure du veru. — Crête urétrale.

Segment sous-montanal de l'Urètre prostatique.

Le corps du veru-montanum s'abaisse et diminue graduellement de calibre; bientôt, il s'effile en se rapprochant de l'urètre membraneux pour se réduire en un long pli longitudinal : la crête inférieure du veru. Tantôt cette crête disparaît simplement en s'effaçant dans la muqueuse du plancher urétral au voisinage du sphincter strié, tantôt elle se divise en deux ou plusieurs bandelettes qu'on appelle freins antérieurs du veru.

Dans quelques cas, elles deviennent saillantes et s'unissent au niveau de leur sommet par une mince lamelle constituant une valvule en nid de pigeon.

Structure du Veru-montanum son Histologie

D'aspect extérieur simple, le veru-montanum est un organe complexe anatomiquement et histologiquement.

Étudions-le sur des coupes transversales de l'urètre montanal, en allant du centre à sa périphérie.

Au centre il présente une sorte de colonne, d'axe formé par les canaux excréteurs de l'utricule, les canaux excréteurs d'un groupe central de glandes prostatiques, et par la paroi des canaux éjaculateurs.

Extérieurement, cette colonne centrale est enveloppée par une couche spongio-vasculaire identique à celle de l'urètre, mais plus développée. Ce tissu érectile est lui-même tapissé de quelques rares fibres longitudinales musculaires lisses qui sont celles de l'urètre.

Enfin, la couche spongio-vasculaire est recouverte par une muqueuse qui se continue de tous côtés avec la muqueuse urétrale et dont elle présente les éléments. Nous avons déjà dit que l'assise superficielle de l'épithélium de cette muqueuse ne possédait qu'une seule couche de cellules du type cylindrique. Nombre de glandes font saillie à la face profonde de la muqueuse et pénètrent dans les saillies superficielles du tissu spongio-vasculaire.

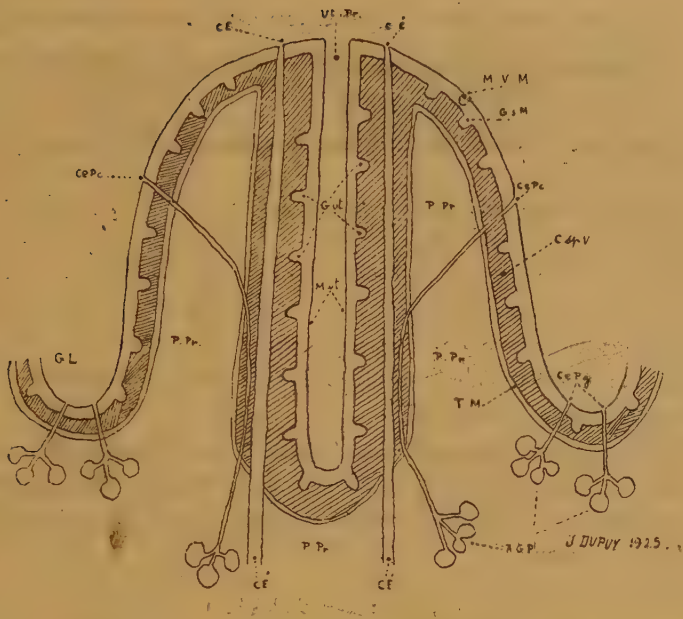


FIG. 3 : Schéma de la structure du Veru Montanum (coupe frontale)
ut Pr : utricule prostatique. CE : canaux éjaculateurs.

Gut : glandes utriculaires. Mut : muqueuse utriculaire. MVM : muqueusé du veru montanum.

GSM : glande sous-muqueuse. Csp. V : tunique vasculaire. TM : tunique musculaire.

PP : parenchyme prostatique. CePe : canaux principaux excréteurs de la prostate.

AGP : glandes prostatiques. GL : gouttières latérales.

Le stroma qui comble les interstices des diverses parties composantes du veru-montanum est surtout formé de tissu élastique. Il est riche en vaisseaux sanguins et en lymphatiques.

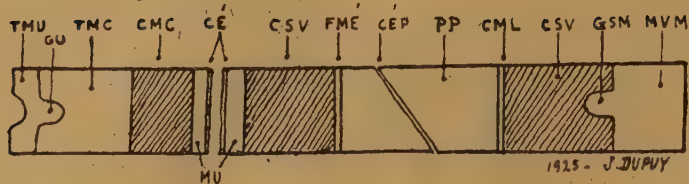


Fig. 4 : Coupe intéressant la moitié droite du schéma précédent

TMU : Muqueuse utriculaire. GU : glande utriculaire. TMC : tunique musculo-conjonctive.

CMC : Couche musculo-caverneuse. CE : canal éjaculateur. MU : sa tunique musculeuse.

CSV : Couche spongio-vasculaire. FME : fibres musculaires lisses. CEP : canal prostatique. PP : parenchyme prostatique. CML : tunique musculaire. CSV : couche vasculaire. GSM : glande sous-muqueuse. MVM : muqueuse.

L'Utricule prostatique.

Synonymie : *sinus focalis*, *vesicula spermatica*, *spuria vesica prostatica*. Utérus masculin de Weber. Organe de Weber.

C'est un canal borgne, qui occupe le centre et la base de la prostate et qui vient s'ouvrir sur la ligne médiane à la surface du veru-montanum. Son grand axe est oblique en bas et en avant. De dimensions et de formes très variables, il atteint en moyenne une longueur de 10 à 12 millimètres; mais on en a observé de 5 à 6 centimètres de long. (Arnold.)

Il présente une extrémité antérieure, un corps et une extrémité postérieure.

L'extrémité antérieure se termine par un orifice sur le sommet du veru : l'orifice utriculaire, qui a la forme d'une fente sagittale, longue de 2 à 5 millimètres et large d'un tiers de millimètre. Mais il peut aussi avoir une ouverture arrondie ou ovale.

Le corps, exactement médian, est flanqué latéralement par les canaux éjaculateurs dont il est séparé par un stroma vasculo conjonctif (fibres élastiques). Partout ailleurs, le tissu prostatique l'entoure.

L'extrémité postérieure, ou fond, se termine par un cul-de-sac qui monte à une profondeur variable, suivant les sujets, dans la prostate. Chez certains, lorsque l'utricule est long, il affleure ou déborde la base de cette dernière, et l'on peut voir émerger sa saillie entre les deux vésicules séminales.

CAVITÉ UTRICULAIRE.

Elle est quelquefois ouverte, mais souvent virtuelle, les parois s'affaissant sur elles-mêmes en formant des replis membraneux. Elle contient un liquide épais de couleur gris blanchâtre.

HISTOLOGIE.

On doit considérer l'utricule prostatique comme le collecteur, le canal excréteur de tout un ensemble d'acini glandulaires contenus dans sa paroi. Cette paroi a environ un millimètre d'épaisseur.

Vue sur une coupe transversale, elle présente de dedans en dehors :

Une muqueuse, une tunique musculo-conjonctive.

La muqueuse. — Chez l'adulte, elle est formée d'un épithélium cylindrique ou cubique. Le plus souvent simple, il peut présenter deux couches de cellules, mais jamais plus de trois.

A la surface de la muqueuse débouchent les canaux excréteurs des glandes situées en-dessous. Au nombre de 100 à 120, pour Sappey, elles sont simples ou ramifiées.

Tunique musculo-conjonctive. — Elle est composée d'éléments fibreux, mais surtout de fibres élastiques. Cette couche conjonctive est entourée de fibres musculaires lisses, qui sont d'autant plus nombreuses que l'on se rapproche du fond de l'utricule.

Enfin, extérieurement, cette paroi est doublée d'une couche musculo-caverneuse de 1 à 2 millimètres d'épaisseur et dépendant du stroma prostatique.

EMBRYOLOGIE.

L'utricule prostatique est le vestige de l'extrémité inférieure des canaux de Müller. Cette extrémité inférieure donne, chez la femme, naissance au vagin. C'est donc un vagin mâle. Les acini de l'utricule apparaissent dans le mésenchyme chez le fœtus vers la 25^e semaine. L'utricule possède alors la forme d'une vésicule dont il occupe la périphérie, et cette vésicule s'ouvre dans l'urètre de la 15^e à la 31^e semaine.

Anomalies de l'utricule. — L'utricule manque souvent; parfois il reçoit les deux canaux éjaculateurs. Son ouverture antérieure peut être assez large pour être cathétérisée ou devenir l'amorce d'une fausse route à l'occasion d'un sondage.

Les Canaux éjaculateurs.

Les deux canaux éjaculateurs résultent de la réunion à angle très aigu de l'ampoule du canal déférent et de la vésicule séminale correspondant à chacun d'eux.

Ils font presque tout leur trajet dans la prostate qu'ils traversent d'arrière en avant et de haut en bas, à 45°. D'abord parallèles et accolés, ils s'écartent bientôt pour passer de chaque côté de ce dernier sur le sommet du veru-montanum, mais leurs orifices, très petits, n'occupent pas toujours, il s'en faut, une place symétrique de part et d'autre de l'utricule. Leurs orifices, en général arrondis, sont quelquefois si petits, qu'il est impossible de les distinguer à l'œil nu. Virchow leur a décrit une petite valvule muqueuse. On en aurait observé de plus grands que l'orifice utriculaire. Longs de 25 à 30 millimètres, ils forment un cône très allongé dont la base mesure 4 millimètres, et le sommet 1 millimètre. Leur lumière, d'abord de un millimètre, mesure ensuite un demi-millimètre.

STRUCTURE.

Ils présentent deux tuniques : une tunique muqueuse, et une tunique musculuse.

Tunique muqueuse. — Au niveau du veru-montanum elle est blanchâtre et montre de légers plis. Son épithélium est formé de cellules cylindriques.

Tunique musculuse. — Trois couches musculaires la composent : la couche moyenne présente des fibres circulaires et les deux autres des fibres longitudinales. Au niveau du veru-montanum, les deux couches les plus ex-

ternes sont dissociées par les fibres élastiques et les grosses veines anastomosées qui forment une sorte de tissu caverneux. Ce dernier se continue avec la tunique vasculaire de l'urètre au niveau de la terminaison des canaux éjaculateurs.

ANOMALIES.

Ancel (*Journal d'Urologie*, 1920, t. VIII, n° 6, p. 454, et Société de Biologie, 1920) a constaté que la disposition des canaux éjaculateurs présentait, dans 18 p. 100 des cas, les dispositions anormales suivantes :

a) Les deux vésicules débouchent latéralement sur le sommet du veru; les deux déférents débouchent isolément dans l'utricule;

b) Vésicules et déférents débouchent à leur place normale, mais de chaque côté l'orifice est divisé verticalement par une cloison, de sorte que vésicules et déférents restent indépendants jusqu'à l'urètre;

c) Vésicules et déférents s'ouvrent par quatre orifices distincts dans l'utricule;

d) La fente utriculaire transversale siège à l'extrémité supérieure du veru; une deuxième fente verticale siège à gauche; elle reçoit le déférent à gauche, la vésicule et le déférent droit, ceux-ci s'ouvrant isolément.

Les canaux éjaculateurs normaux peuvent déboucher dans l'utricule.

Autres formations glandulaires du veru-montanum.

On trouve surtout dans le tiers supérieur du veru des glan-

des d'origine muqueuse et qui siègent sous la muqueuse.

Dans son tiers moyen, on trouve un deuxième groupe de glandes d'origine prostatique.

Ces deux groupes de glandes débouchent sur les faces latérales du colliculus seminalis.

Physiologie

La physiologie de l'urètre prostatique est conditionnée : 1° par son anatomo-histologie; 2° par sa topographie.

Il faut le considérer comme un carrefour uro-génital.

Guidés par ces notions, nous étudierons tour à tour et à propos de chacune de ses parties constituantes, son double rôle physiologique : rôle urinaire, rôle génital.

Par partie constituante, il faut entendre non seulement ses parois, mais encore et surtout les organes avec lesquels il affecte des rapports étroits, organes auxquels il doit ses propriétés physiologiques. Parmi ces derniers, nous insisterons sur le rôle du veru-montanum.

De l'Urètre prostatique en général.

Grâce à sa dilatation fusiforme, l'urètre prostatique a mérité le nom de sinus. Elle lui donne la valeur d'un réservoir, réservoir de volume variable de par l'élasticité et la dilatabilité de ses parois riches en fibres élastiques et de par la contractibilité de sa tunique musculaire que renforce puissamment les muscles sphincter externe et sphincter interne.

Rôle urinaire. — L'urètre prostatique conduit situé entre la vessie et l'urètre antérieure, est la première étape que franchit l'urine pour s'écouler à l'extérieur, étape importante d'ailleurs; en effet, c'est sur la muqueuse de l'urètre prostatique et sur celle du veru-montanum que se trouvent les terminaisons nerveuses sensibles, origines centripètes d'un des réflexes qui commandent la miction. (Nous l'étudierons très rapidement à propos des sphincters.) Dès lors, il est facile de comprendre que si des lésions atteignent cette muqueuse, il en résultera localement et à distance des troubles urinaires sensitifs et fonctionnels variés. De même, par l'intermédiaire du grand sympathique, s'expliquent les troubles généraux et mentaux.

Par sa capacité variable et par son élasticité, l'urètre prostatique régularise le débit urinaire lorsque la miction est établie.

Il possède enfin un rôle génital de toute importance. Il sert de réservoir au sperme qui, au moment de l'éjaculation, s'y accumule et s'y complète par l'adjonction des diverses sécrétions de la muqueuse et des glandes prostatiques avant d'être expulsé au dehors.

SYSTÈMES MUSCULAIRES SPHINCTÉRIENS.

L'urètre prostatique est compris entre le sphincter lisse qui l'enserme dans son anneau du côté vessie et le sphincter strié qui le cravate du côté urètre antérieur. Tous deux jouent le rôle de robinets qui ouvrent ou ferment ses deux extrémités.

Sphincter lisse ou sphincter interne. — Rappelons qu'il possède une innervation distincte de celle du muscle vési-

cal. Par sa contraction, ou simplement par sa tonicité, il assurera l'occlusion de l'orifice vésical; entre les mictions, il permettra ainsi à l'urine de s'accumuler dans son réservoir naturel. Physiologiquement, il appartient surtout à la vessie, dont il n'est que le robinet automatique et il joue dans la miction un rôle d'avertisseur.

Rôle génital. — En fermant la portion de l'urètre qui se trouve en amont des orifices des canaux éjaculateurs, il s'oppose au reflux, vers la vessie, du liquide spermatique qu'il oblige ainsi à prendre la direction du méat.

Sphincter strié ou sphincter externe. — *Rôle urinaire.* — C'est lui qui, en provoquant l'occlusion volontaire de la vessie, jouera un rôle capital dans la miction. Il tient ce rôle grâce à la partie inférieure de sa musculature qui engaine l'urètre membraneux d'un puissant manchon musculaire. Lorsque la vessie est mise en tension par contraction réflexe du muscle vésical sous l'action de son contenu, ou par contraction volontaire sous l'action des muscles abdominaux et du diaphragme, l'urine force le sphincter lisse. Sous l'influence de l'excitation produite sur la muqueuse de l'urètre prostatique par le contact de l'urine, il se produit une contraction réflexe du sphincter strié et le sujet éprouve le besoin d'uriner. A ce moment, la volonté intervient, soit pour permettre la miction en inhibant la contraction du sphincter externe, soit pour empêcher l'urine de s'écouler, en renforçant la contraction du même sphincter.

Rôle génital. — Par sa partie supérieure, le sphincter strié possède un rôle génital incontestable. En effet, Grif-

fitti a montré d'une part que cet anneau musculaire n'apparaît avec toute sa force chez les animaux qu'à l'époque du rut et, d'autre part, qu'elle s'atrophie chez l'homme après la castration.

Dès que le sperme a été éjaculé dans le sinus prostatique, le sphincter strié se contracte, exprimant toutes les glandes prostatiques, y compris celles du veru-montanum, et finalement contribue à chasser le sperme vers l'extérieur en lui faisant subir un mouvement de brassage énergique.

De la Prostate.

Nous avons montré dans l'étude des rapports de l'urètre prostatique et de cette glande combien ils étaient étroits. Disons simplement que le liquide prostatique sert à diluer le sperme fourni par les vésicules séminales. Il agglutine les spermatozoïdes et joue ainsi un rôle important dans la fécondation. Son rôle est donc exclusivement génital.

Du Veru-montanum.

Organe anatomiquement complexe, le veru-montanum est constitué de façon à remplir un rôle physiologique unique : la formation définitive du sperme.

Utricule. — Il secrète abondamment, pendant l'érection, un liquide alcalin blanchâtre qui semble avoir pour rôle non seulement de diluer le sperme, comme le liquide prostatique, mais aussi de vivifier les spermatozoïdes.

En effet, les expériences de Walter sur le chien ont montré qu'il s'atrophiait après la castration. Rappelons en outre que les conduits excréteurs de la prostate traversent le veru et s'ouvrent à sa surface, et que, de plus, le veru possède des glandes muqueuses. Ces caractères anatomiques et physiologiques lui confèrent donc un rôle glandulaire incontestable.

Signalons enfin que, comme l'urètre, le veru-montanum possède une tunique érectile qui lui permet de devenir turgide pendant l'érection. Cette érection va provoquer et maintenir la béance des canaux éjaculateurs.

Ces canaux éjaculateurs sont les canaux excréteurs du sperme, qui déversent dans l'urètre prostatique le liquide séminal. L'obliquité de leur portion terminale à la surface du veru-montanum forme un rebord qui paraît jouer le rôle de valvule s'opposant au reflux des liquides urétraux dans les canaux déférents et les vésicules séminales.

Étiologie

Les veru-montanites sont presque toujours secondaires à une urétrite postérieure invétérée et récidivante. Elles sont causées par le gonocoque et à sa suite par divers microbes aérobies ou anaérobies qui trouvent dans le colliculus seminalis un repaire d'élection. Dans ces cas, elles succèdent à des urétrites blennorragiques et post-blennorragiques : ce sont les plus fréquentes.

Exceptionnellement, les veru-montanites surviennent au cours d'urétrites primitives à colibacille, ou au cours d'urétrites chimiques, provoquées par le passage des phosphates et des divers sédiments urinaires, par la migration urétrale de graviers et de calculs. Il semble, d'ailleurs, que ces agents physiques créent seulement des lésions irritatives très superficielles : vascularisation intense, inflammation en surface, avec rétrécissement de la muqueuse.

Mais quelquefois, les veru-montanites sont primitives et surviennent sans qu'on puisse retrouver d'urétrite dans les antécédents du malade. Elles relèvent alors de causes complexes dont le mécanisme n'a pu être complètement élucidé : ce sont les veru-montanites des masturbateurs (1), de ceux qui recherchent le coït prolongé ou interrompu.

(1) Observations I, II III, XLV, LIV.

En résumé, si dans l'étiologie des veru-montanites le rôle primordial revient à l'infection, nous ne devons pas ignorer le rôle de l'onanisme dans certaines veru-montanites primitives.

Symptomatologie

CLINIQUE.

Nous ne reprendrons pas ici le tableau clinique de l'urétrite chronique si bien développé dans les grands traités d'urologie et dans de nombreuses monographies, tant anciennes que récentes. Cette symptomatologie, si variée et si complexe dans ses manifestations, tient cette complexité à la très grande diffusion de ses lésions.

Il est difficile d'attribuer aux altérations de la muqueuse urétrale ou aux lésions plus ou moins profondes des glandes péri-urétrales antérieures et postérieures la part qui leur revient en propre dans le tableau clinique.

Mais l'infection du veru-montanum peut se montrer à l'état isolé s'installant **et durant en dehors de toute infection** antécédente et nous avons eu, après bien d'autres, l'occasion d'observer plusieurs cas de veru-montanite primitive sans infection urétrale. (Observations I, II, III, XLV et LIV.)

Il nous a donc été possible de recueillir et classer un certain nombre de signes que nous avons ensuite recherchés chez un blennorragique chronique.

Dans tous les cas observés et contrôlés par l'urétros-

cope, chaque fois que le veru-montanum pouvait être mis en cause, l'urétroscope a permis de retrouver les lésions maintenant classiques des veru-montanites, et l'épreuve du traitement a permis d'attribuer à ces lésions la part qui leur revenait dans le tableau clinique.

Nous ne reprendrons pas la symptomatologie des urétrites chroniques postérieures; une telle description dépasserait singulièrement les limites de ce travail, mais nous allons essayer de mettre en valeur les signes qui nous paraissent traduire l'inflammation du veru-montanum.

A l'urétrite postérieure chronique appartiennent, on le sait, des douleurs, un écoulement et des signes vésicaux qui peuvent se manifester en dehors de toute sténose du canal de l'urètre.

Les veru-montanites peuvent être en partie responsables de la persistance de l'écoulement, et certaines manifestations douloureuses sont certainement sous leur dépendance.

Enfin par voie réflexe, un veru infecté, lésé superficiellement ou profondément, peut mettre en action les deux sphincters vésicaux, externe et interne.

Il est assez commun d'observer de faux incontinents et surtout de faux rétentionnistes pouvant simuler de près ou de loin le tableau clinique de l'adénome prostatique. (Observation XV.)

Il s'agit là de phénomènes réflexes, à point de départ montanal, qui seront bien mis en évidence par une cystoscopie négative et par une urétroscopie qui décèlera des lésions au niveau du veru-montanum et de l'urètre prostatique. De même il est fréquent de trouver des lésions du

veru-montanum chez des individus présentant un adénome prostatique; il s'agit là de verus congestionnés et oedémateux et quelquefois végétants. Il y a peut-être, dans cette association d'adénome et de veru-montanite, la raison de bien des troubles vésicaux attribués jusqu'ici uniquement à la tumeur prostatique.

Mais la marque propre que les veru-montanites impriment au tableau complexe des urétrites chroniques, c'est l'ensemble des manifestations génitales précisées par l'interrogatoire.

Que les veru-montanites contribuent à la persistance de l'écoulement, il n'y a là rien qui puisse étonner. Les lésions superficielles de la muqueuse, les lésions glandulaires, l'infection d'un canal borgne comme l'utricule, voilà autant de repaires de gonocoque et autant d'asiles pour les infections secondaires aérobies ou anaérobies.

Les lésions du veru-montanum s'associent donc aux lésions muqueuses et glandulaires du canal, aux infections glandulaires prostatiques et vésiculaires. Qu'un organe aussi richement innervé, aussi sensible aux excitations provoquées puisse déterminer des signes vésicaux réflexes, nul ne pourrait le contester : pollakiurie, rétention passagère, besoins impérieux d'uriner, saccades du jet, tiennent pour une bonne part aux lésions montanales.

Il n'est pas jusqu'aux manifestations douloureuses de l'urétrite chronique où on ne puisse reconnaître la signature du veru malade; fréquents besoins d'uriner incomplètement calmés par la miction, picotement au méat, brûlures vives, douleurs en éclair à l'explorateur olivaire au-delà du sphincter membraneux, hématuries terminales ou

initiales, sont vraisemblablement sous la dépendance directe des lésions montanales, comme en font foi le traitement direct de la veru-montanite.

Manifestation génitales.

En dehors des éjaculations douloureuses et fréquemment retrouvées dans l'histoire de ces malades et dans les cas beaucoup plus rares d'hémospemie, bien plus caractéristiques sont les manifestations purement génitales des veru-montanites. On pourra observer deux types de malades :

I. — TYPE HYPERKYNÉTIQUE.

Les troubles les plus fréquemment constatés sont : les érections fréquentes, survenant surtout la nuit, quelquefois survenant le jour, à la suite des mictions. Les éjaculations prématurées (Observation V), accompagnées de sensations voluptueuses émoussées.

Il n'est pas rare de noter chez ces malades l'absence complète de sensations voluptueuses, qui sont remplacées par une impression indéfinissable de gêne désagréable et quelquefois par des douleurs peu intenses, mais rapidement irradiées au sacro-coccyx (Observation VII) aux lombes, sur le trajet du cordon.

Les malades deviennent inquiets devant cet excès de génitalité. Ils sont sans cesse à la recherche de plaisirs toujours inassouvis; ils s'affaiblissent physiquement et moralement par des pertes séminales répétées qu'aucun traitement indirect ne peut faire disparaître. (Observations II et III.)

II. — TYPE DÉPRESSIF.

Moins fréquent peut-être, ce type dépressif est caractérisé par une impuissance d'abord relative : les érections rares, se produisent d'une façon incomplète et cessent au moment opportun, puis survient la perte du désir génital, et enfin l'impuissance s'établit absolue. (Observations I, XI, XVII, XXI, XXXVII, XLI, LIV, LVI, LVII, LXVII, LXXII, XXCII.)

Neurasthénie urinaire.

Du type hyperkynétique ou dépressif à la neurasthénie urinaire, il n'y a qu'un pas. Perte de l'activité, de la mémoire, dépression mentale ou, au contraire, anxiété, agitation désordonnée, tendance au suicide, conduisent assez rapidement les malades à la neurasthénie ou à des troubles psychiques plus caractérisés et bien connus des psychiatres, (Observations III, XIV, XXIV, LVI.)

En résumé, à l'examen clinique, peu de signes, sauf les manifestations génitales, peuvent imposer la réalité d'une veru-montanite.

Trois cas sont à considérer :

a) Il s'agit d'une urétrite postérieure compliquée de prostatite ou de prostato-vésiculite. La constatation de ces lésions associées à l'urétrite doit faire penser à l'existence d'une veru-montanite.

b) Il s'agit d'une urétrite postérieure, avec ou sans rétrécissement, et l'exploration de la prostate et des vésicules ne montrent que des lésions insignifiantes et légères.

Il faudra, par l'urétroscopie postérieure, rechercher la veru-montanite.

c) Pas de blennorrhagie dans les antécédents, pas d'urétrite en évolution; c'est au niveau de l'urètre postérieur qu'il faut chercher l'épine irritative; la cause des manifestations génitales, c'est au veru qu'il faut frapper si l'on veut guérir un malade qui n'a pu être amélioré par tout autre procédé thérapeutique.

L'urétroscopie postérieure va donc être pour nous chez tous ces malades non seulement un procédé d'exploration des plus efficaces, mais encore, le diagnostic ayant été établi, un moyen de traiter des lésions qui échappaient jusqu'ici au seul traitement rationnel, le traitement direct sous le contrôle de la vue.

Diagnostic urétroscopique

L'urétroscopie de l'urètre postérieur doit être faite avec les appareils à prisme de Mac Carthy et de Heitz-Boyer, qui permettent non seulement l'examen de l'urètre sous distension, mais encore de clarifier à tout instant le milieu sous un courant d'eau continue. Nous ne donnerons pas ici les caractéristiques de ces appareils qui sont dans le commerce depuis quelques années déjà, mais qu'il nous soit permis de dire que l'appareil de Heitz-Boyer constitue un grand progrès sur le Mac Carthy. Il possède, en effet, trois optiques à inclinaison variable et une béquille en caoutchouc pour faciliter l'introduction de l'appareil. Pour parer à l'inconvénient de cette béquille, la gaine éclairante présente deux fenêtres diamétralement opposées qui permettent, en tournant l'optique à l'intérieur de l'appareil, d'examiner les parois supérieure et inférieure, sans modifier la position de la gaine et, par conséquent, sans mobiliser la béquille.

L'opérateur suivant une technique bien réglée examinera successivement d'arrière en avant :

- 1° Le col vésical;
- 2° La portion sous-montanale de l'urètre prostatique dont le plancher constitue la fossette prostatique;

3° Le veru-montanum et ses gouttières latérales, ainsi que le toit urétral de cette portion du canal;

4° La portion sous-montanale de l'urètre prostatique.

Nous étudierons successivement l'urétroscopie normale puis l'urétroscopie pathologique.

Le col vésical. — Aspect de ce col, la vessie étant bien remplie : en déplaçant l'objectif suivant la circonférence du col, l'observateur inspecte tour à tour :

Le bord supérieur du col ou sphincter vésical, concave en bas;

Ses bords droit et gauche concaves en dedans;

Son bord inférieur très légèrement convexe en haut.

En assemblant par la pensée ou le dessin, les différentes images données successivement par l'urétroscope, le col vésical se présente comme l'orifice d'un tunnel en fer à cheval peu fermé.

La vessie étant presque vidée, l'aspect du col va changer (mais disons de suite qu'il est très important pendant l'examen de faire varier à tout instant la réplétion vésicale. On jugera ainsi de la souplesse et de la contractilité du col, élément important de diagnostic et de pronostic. De plus, cette manœuvre permettra d'éviter de grosses causes d'erreur : pour affirmer une déformation pathologique de la région il sera nécessaire qu'elle ait été constatée et sur le col distendu et sur le col revenu ensuite sur lui-même).

La partie supérieure de l'image montre un angle aigu ouvert en bas, angle limité de chaque côté par des bords très convexes en dedans, ces bords convexes répondent

aux parois latérales du col qui tendent à s'appliquer en bas sur le bord inférieur de l'orifice cervical.

Ce dernier est horizontal et surtout plissé en éventail.

Portion sus-montanale. — Ses faces latérales et son plafond aux limites artificielles et peu précises ne montrent rien de caractéristique : elles sont lisses, plutôt pâles et montrent un fin réseau vasculaire. Par contre, le plancher nous arrêtera plus longtemps. Il nous offre d'abord une région voisine du col, aux limites nettes, région encore soulevée par les fibres transversales du fibre sphincter interne, muscle lisse.

Fossette prostatique. — A cette région fait suite une dépression : la fossette prostatique dont le fond ou les excavations sont bordées ou soulevées par les freins postérieurs du veru-montanum. Ces derniers sont très variables dans leur nombre et dans leur développement. Notons que, chez un certain nombre de sujets ils peuvent manquer. Ils partent du bord supérieur du col, et convergent sans jamais se réunir, vers la base du veru-montanum. Ces freins que l'on peut voir soudain se tendre, ont généralement un bord bien tranché.

Rarement unique, on en compte ordinairement trois, exceptionnellement cinq. Ils peuvent alors cacher les orifices des canaux principaux de la prostate que l'on devrait normalement apercevoir dans le fond de la fossette prostatique. Ces orifices glandulaires, si difficiles à voir quand ils sont sains, ne peuvent être aperçus qu'en dilatant brusquement l'urètre postérieur.

Certains auteurs auraient réussi à le cathétériser.

Lisse ou soulevé par la saillie des freins, le plancher de l'urètre est plus rouge que le bord supérieur du col. A l'état normal, on y voit de fines ramifications vasculaires. Là encore, pour faire cette inspection dans de bonnes conditions, il est indispensable de faire varier le degré de distension de l'urètre. La muqueuse urétrale peut être soulevée par des plis allongés suivant l'axe du canal.

Veru-montanum et gouttières latérales. — Dans la région montanale, se développent tour à tour sous les yeux le veru-montanum et, de chaque côté de celui-ci les gouttières latérales, enfin la face supérieure de l'urètre ou plafond de la région.

Veru-montanum. — Nous ne pensons pas qu'il existe une grande diversité de verus. Si certains paraissent aplatis n'occupant qu'une faible partie de la lumière urétrale, d'autres plus bombés, plus volumineux, paraissent la remplir. Ce sont là, ou des variations pathologiques, ou des aspects dûs à un artifice d'examen. Le volume, la forme même du veru varient suivant le degré de distension de l'urètre postérieur.

Sur le cadavre, le veru est une saillie en forme de fuseau. Sur le vivant, à l'urétroscopie, c'est une saillie globuleuse, assez irrégulièrement arrondie dont les faces supérieures et latérales s'insèrent à angle droit sur la fossette prostatique et dont la face inférieure s'abaisse vers l'urètre membraneux.

Le sommet du veru se montre tantôt très saillant, tantôt arrondi en dôme, tantôt plus aplati, étalé, quelquefois même rétracté. En somme, quelques variations de forme

et de volume exagérées encore par l'état de distension ou de non distension de l'urètre.

Orifice de l'utricule. — Il n'est pas rare de ne pouvoir découvrir l'orifice utriculaire. Quelquefois, il est à peine visible, se présentant en forme de fine fente linéaire; le plus souvent il se présente sous forme d'un ovale allongé, rarement comme un orifice arrondi.

Le bourrelet décrit sur ses bords par les auteurs nous paraît devoir être plutôt la conséquence de l'utriculite. Il débouche en général un peu en dessous du sommet du veru. Quelquefois plus bas encore vers la crête urétrale.

Canaux éjaculateurs. — Il est également fréquent de ne pas pouvoir distinguer les orifices des deux canaux éjaculateurs. Rarement nous avons vu des orifices de canaux malades. Ils occuperaient à la surface du veru une surface très variable par rapport à l'orifice utriculaire.

Assez souvent, ils débouchent dans ce dernier, et nous ne pouvons pas comprendre que certains aient pu apercevoir leurs deux petits orifices dans la large cavité utriculaire. Il existe, cependant, des veru-montanum très irréguliers de forme, plus ou moins bosselés, quelquefois bifides. Dans ce cas, chaque corne répond à un des canaux éjaculateurs (Papin). Il est donc important de connaître ces aspects normaux du veru-montanum, afin de ne pas les confondre avec les déformations pathologiques. A sa surface, on voit des petits vaisseaux sinueux qui courent parallèlement à son grand axe. Quand on augmente la pression intra-urétrale avec l'irrigateur du Mac Carthy, ils se vident et s'effacent. Lorsqu'on diminue la pression,

ils se remplissent et deviennent plus saillants. Dans l'urètre distendu, la coloration du colliculus seminalis est rose pâle et dans l'éventualité opposée, elle sera plus sombre, plus foncée, et le veru sera plus difficile à voir.

Gouttières latérales. — En inclinant légèrement l'objectif à droite et à gauche du veru, on découvre de chaque côté de ce dernier les deux gouttières latérales. Elles apparaissent plus ou moins profondes suivant l'état de distension de l'urètre. Tantôt de forme régulière, elles sont concaves en dedans, tantôt elles ont l'aspect d'un sillon étroit à fond anguleux. Au fond du sillon, on observera les orifices des glandes prostatiques, orifices punctiformes, parfois en fente allongée ou plus rarement au fond de petites fossettes. On pourra en compter de deux à six dans chaque gouttière.

Faces latérales et toit du segment urétral montanal. — Les faces latérales présentent une coloration assez vive avec un riche réseau vasculaire, anastomosé, avec celui du plancher. Le toit dont la muqueuse est lisse se montre régulièrement concave, sans plis, et offre une coloration assez pâle.

Portion sous-montanale de l'urètre prostatique. — En retirant progressivement l'urétroscope, l'observateur verra le corps du veru-montanum s'effiler en pointe pour former la crête urétrale. Cette crête peu saillante, présente assez rarement l'arête tranchante que lui décrivent les auteurs classiques. Sa longueur est très variable : elle peut se terminer très vite au-dessus du veru ou se diviser en

deux bandelettes qu'on appelle freins antérieurs du veru et qui s'effacent en gagnant l'urètre membraneux.

En continuant son retrait, l'urétroscope arrive dans l'urètre membraneux, puis après un ressaut dans le cul de sac du bulbe, c'est-à-dire dans l'urètre antérieur où nous n'avons pas à le suivre.

Urétroscopie postérieure pathologique

Lésions du Veru-montanum.

Il n'y a pas bien longtemps encore, on associait dans une même description les lésions de l'urètre postérieur et les lésions montanales. Aujourd'hui, on ne peut refuser aux veru-montanites l'individualité clinique et anatomique qu'elles méritent.

Le veru-montanum présente chez un grand nombre de malades, atteints d'urétrite chronique des lésions caractéristiques.

Ces lésions seront conditionnées par : 1° sa situation topographique; 2° par sa constitution anatomo-pathologique si particulière.

Le veru étant avant tout, ainsi que les Américains le reconnaissent dans des travaux récents (Rytina), un organe glandulaire, ses lésions auront le caractère habituel des lésions des glandulaires urétrales et péri-urétrales.

D'autre part, la propagation du processus inflammatoire à son squelette conjonctivo-musculaire conditionnera pour ainsi dire ses déformations vers l'hypertrophie ou l'atrophie. La muqueuse qui recouvre le veru étant celle de

l'urètre prostatique, nous rencontrerons sur cet organe les lésions communes à tout l'urètre postérieur.

La fréquence et l'intensité particulières de ces lésions seront enfin conditionnées autant par sa constitution anatomique que par les rapports étroits qu'il affecte avec la prostate.

On classera ces lésions du coliculus seminalis en lésions superficielles et en lésions profondes.

Nous les décrirons d'abord dans les veru-montanites isolées. Ensuite, dans leur association avec les urétrites compliquées ou non de prostatite et de spermatocystite.

Veru-montanites isolées.

En règle générale, la veru-montanite doit faire soupçonner des lésions prostatiques plus profondes et, en effet, on découvre le plus souvent chez ces malades des signes plus ou moins nets de prostatite-vésiculite.

Chez d'autres, comme nous le verrons, il y aura prostatite à l'urétroscopie en l'absence de toute autre manifestation du côté du toucher rectal.

Il n'en est pas moins vrai qu'il existe des veru-montanites isolées. Nous nous croyons autorisés à poser ce diagnostic lorsqu'un premier toucher rectal n'ayant décelé aucun signe de prostatite, ni de vésiculite, un second toucher associé cette fois à l'examen urétroscopique nous aura montré des lésions uniquement localisées sur le coliculus seminalis.

Les portions initiales des canaux éjaculateurs, les canaux excréteurs de la prostate peuvent évidemment participer aux mêmes processus anatomo-pathologiques, mais ne font-ils pas partie intégrante du veru-montanum ?

Urétroscope pathologique

Vu à l'urétroscope, le veru-montanum peut paraître modifié dans la coloration de sa muqueuse, puis dans sa forme, enfin dans son volume.

D'autre part, il peut être altéré soit dans ses tuniques, superficiellement, soit profondément, au niveau de son squelette et des canaux qui le traversent.

Nous étudierons d'abord les lésions en surface qui sont à proprement parler des lésions de début.

Altérations de la muqueuse : lésions congestives. — Il s'agit à un premier degré de congestion simple. Le veru peut présenter, tantôt une simple hyperhémie, tantôt une rougeur sombre. Cette rougeur est associée au dépoli d'une muqueuse injectée et parcourue par de nombreux vaisseaux flexueux et dilatés. (Observation

Ici, nous devons mentionner ces veru très congestionnés avec piquetés hémorragiques, présentant par place des ecchymoses. (Observation

Cette hyperhémie localisée ou diffuse, sera parfaitement mise en évidence par la réplétion et la déplétion successives de l'urètre postérieur. Puis cette muqueuse malade s'épaissira et, l'apparition d'un léger œdème diffus modifiera alors grandement sa souplesse. Cet état anatomique paraît correspondre à l'infiltration molle des auteurs classiques.

Lésions œdémateuses. — A un degré plus accentué on verra cet œdème évoluer et s'organiser en donnant lieu à des déformations plus caractéristiques. Ici l'œdème bulleux, à grosses bulles, présentera une fréquence toute particulière. Les bulles seront isolées ou confluentes.

L'urétroscope les éclairera bien, mettant en valeur leur translucidité, leurs limites toujours nettes, et montrera souvent sur leur convexité un fin réseau vasculaire ramifié; cette vascularisation indiquera que ces lésions d'abord passagères ont tendance à s'organiser.

L'œdème diffus et l'œdème bulleux donneront au veru un aspect boursoufflé, irrégulier, en déformant et en effaçant ses contours normaux qui deviendront flous et difficiles à délimiter.

Congestion et œdème occuperont totalité ou partie du veru. Ils seront parfois localisés autour des orifices des canaux qui le traversent.

Lésions végétantes. — Au cours de veru-montanites plus anciennes, la muqueuse montanale va présenter des lésions plus accentuées :

On notera des proliférations épithéliales, des végétations d'apparence charnue, de forme et de contours très variables et de coloration rouge foncée. (Observations 9-10-15).

Elles sont souvent en partie cachées sous des exsudats ou recouvertes de produits de desquamation blanchâtres ou grisâtres. Ces végétations, qui sont en définitive, des lésions d'urétrite chronique ont le caractère à peu près constant d'être très vascularisées et de donner des hémorragies au moindre contact.

Certaines de ces végétations vont donner au veru-montanum un aspect verruqueux, d'autres, celui d'une framboise irrégulière et très rouge. (Observations 9-6-7).

Nous avons encore observé sur la face supérieure du veru hyperhémie de fines végétations chevelues, rappé-

lant des dents de peigne assez irrégulièrement plantées. (Observation XI).

Plus rarement, nous avons vu des ulcérations dont quelques-unes étaient couvertes de fausses membranes.

Dans quelques cas, nous avons rencontré des polypes vrais, pédiculés, très mobiles, à franges plus ou moins nombreuses et toujours très finement vascularisés.

Pour nous, ces polypes, comme les végétations précédemment décrites, ne sont que les conséquences directes de l'urétrite postérieure.

Nous avons noté plusieurs fois des aspects très particuliers du veru dus à de fines membranes injectées de vaisseaux ténus et recouvrant partiellement le veru à la manière de véritables prépuces. (Observation X).

Enfin, nous avons quelquefois vu des veru rétractés à muqueuse blanche, veru scléreux à contours irréguliers avec déformation définitive de l'orifice utriculaire. Cet état constitue vraisemblablement l'ultime conséquence des lésions précédentes.

Certains auteurs ont insisté, en outre, sur la perte de contractilité du veru-montanum. Il nous paraît assez délicat de mettre en évidence ce signe qui, pour nous, présente une valeur tout à fait secondaire.

En effet, l'opérateur doit faire varier sans cesse le degré de distension de l'urètre postérieur, manœuvre qui rapproche ou éloigne alternativement de l'objectif le veru à examiner; de là des apparences trompeuses dont on doit se méfier.

De plus, quelle importance donner à la contractilité d'un organe dont la nature surtout glandulaire est aujourd'hui parfaitement admise.

Veru-montanites associées aux Vesiculites et aux prostatites

VERU-MONTANITES ET VÉSICULITES.

(L'association est fréquente; on a même prétendu que l'utricule était le miroir des vésicules.)

On décèlera la vésiculite en massant les vésicules séminales pendant que l'on pratiquera l'examen urétroscopique. On verra alors le pus s'écouler dans l'urètre par l'orifice des canaux éjaculateurs qu'il était impossible, le plus souvent, de distinguer avant le massage.

VERU-MONTANITES ET PROSTATITES.

La prostatite est fréquemment associée à l'urétrite postérieure et à la veru-montanite. Elle présente des signes endoscopiques qui permettent presque toujours d'en faire le diagnostic, même en l'absence de toute autre manifestation du côté du toucher rectal, soit que les modifications de volume et de sensibilité soient trop légères pour affirmer le diagnostic, soit que les lésions siègent dans les régions antérieures de la prostate, peu accessibles au doigt.

On peut donc voir à l'urétroscope :

1° Des lésions banales d'urétrite postérieure et qui sont en tous points comparables au type des lésions que nous avons déjà décrites : œdèmes, ulcérations, végétations;

2° Des lésions d'origine prostatique.

On observera tout d'abord l'allongement de l'urètre sus-montanal, une élévation du bord inférieur du col avec congestion de la muqueuse correspondante.

Les gouttières latérales seront effacées et les joues latérales de la prostate plus saillantes.

On verra les orifices glandulaires prostatiques tant sur le veru que sur les gouttières latérales, dilatées et laissant sourdre du pus quand on massera la prostate.

Parfois, ils seront entourés de bourrelets œdémateux. Les orifices prostatiques qui siègent dans la fossette entre les freins postérieurs, deviendront particulièrement visibles. Il ne sera pas rare de trouver de véritables lacunes irrégulières siégeant au-dessus ou de chaque côté du veru et dans lesquelles on a pu quelquefois introduire l'extrémité d'une sonde à diathermie.

En un mot, toute la région prendra l'aspect d'une écu-moire, d'un paysage volcanique.

Traitement des Verumontanites

Nous nous trouvons le plus souvent en présence de malades qui, avant de venir demander à l'urétroscopie le secours d'une nouvelle thérapeutique dans laquelle ils mettent leurs derniers espoirs, ont eu recours auparavant au traitement classique : lavages, injections, instillations avec de nombreux antiseptiques, dilatations, massages de la prostate, etc...

Le diagnostic veru-montanite ayant été posé par l'urétroscopie, nous aurons à traiter deux catégories de malades :

1° Ceux dont le veru-montanum semble monopoliser toutes les lésions;

2° Ceux chez qui la veru-montanite donne un cachet clinique spécial à l'urétrite postérieure qui lui est associée, urétrite qu'elle entretient et qu'elle rend irréductible à la thérapeutique courante. Ceux-ci sont les plus nombreux.

Nous aurons donc à poser les indications du traitement des lésions observées.

Veru-montanites congestives

Dans un premier ordre de faits, nous aurons à soigner les veru-montanites congestives, superficielles, avec œdème, diffus mais peu accentué.

Les instillations, qu'elles soient associées ou non à des lésions du même ordre d'urétrite postérieure, retrouvent dans ce cas toutes leurs indications.

En effet, le traitement direct endoscopique pourrait être nuisible en raison des hémorragies qu'il serait susceptible de provoquer, hémorragies primitives ou tardives au moment de la chute des eschares.

Lésions d'Edème, végétations.

Dans une seconde catégorie de malades, où les lésions de la muqueuse sont plus marquées, plus profondes : œdème bulleux, végétations irrégulières, formations polypoïdes, polypes vrais, nous pourrions appliquer une thérapeutique plus active sous le contrôle de l'urétroscope.

Cette thérapeutique consiste essentiellement dans l'utilisation de la haute fréquence, sous la forme d'étincelage.

Si le diagnostic, l'interprétation des lésions observées et les indications du traitement approprié sont relativement faciles à poser, l'application de la diathermie, surtout au niveau du veru-montanum, sera des plus délicates et demandera un tour de main très particulier.

D'une façon générale, on emploiera les effets mécaniques d'un voltage modéré qui se montrent réellement efficaces avec des suites bénignes.

Il faudra éviter l'utilisation des actions d'intensité douloureuses pour le malade et quelquefois dangereuses par les hémorragies qu'elles seront susceptibles de causer. Ces hémorragies sont d'ailleurs inévitables, si prudente que soit la technique employée. Il y en a de primitives, contemporaines de l'application, d'autres tardives, dues à la

chute d'eschares et dont l'intensité, sans mettre la vie du malade en danger, a nécessité dans plusieurs cas leur hospitalisation.

Habituellement, après l'étincelage, ces hémorragies sont bénignes et passagères.

Méthodiquement, on détruira par l'étincelage les bulles d'œdème que l'on verra littéralement éclater sous l'œil. Sous l'action de la sonde, les végétations de la muqueuse, les formations polypoïdes, les polypes frangés dont il suffira de fulgurer le pédicule, céderont également à l'étincelle. Si pour ces lésions en surface l'étincelage sera prudent (il consistera si l'on peut s'exprimer ainsi en un léchage superficiel), il n'en sera plus de même dans certains cas où l'atteinte profonde, le délabrement du veru-montanum seront tels, qu'il sera nécessaire de le détruire en totalité.

Avant d'en arriver à cette éventualité dernière, il sera bon d'être prudent, de répéter au besoin les examens et les traitements directs par étincelage. Il ne faudra pas hésiter à pénétrer dans un utricule malade pour y faire une action de nettoyage, réalisé facilement et sans danger par la sonde à diathermie.

En cas d'échec, l'expérience nous a montré qu'on pouvait, sans inconvénients, pour la fonction génitale, détruire en plusieurs séances un veru infecté. On craindra seulement dans ces cas l'hémorragie primitive ou tardive. Il est donc nécessaire d'hospitaliser ces malades et de surveiller avec le plus grand soin les suites opératoires.

Evolution. — A la place des lésions ainsi traitées, l'urétroscope fera voir des zones de mortification blanchâtres :

zônes mortifiées qui tomberont ensuite sans laisser de cicatrices rétractiles.

Il nous paraît indispensable de prescrire un grand lavage uréthro-vésical à la suite de l'application de la haute fréquence.

Pour ce faire, on emploiera une solution à 10 p. 1.000 de nitrate d'argent ou de protargol à 40 p. 1.000. On recommandera au malade de garder le plus longtemps possible un peu du liquide antiseptique qu'il évacuera à la prochaine miction. On espacera les séances d'étincelage de deux à trois semaines en conseillant, dans leur intervalle, des instillations d'huile goménolée à 20 p. 100.

Nous avons vu que nombre de malades souffraient d'une veru-montanite associée à une urétrite postérieure, à une prostatite, ou à une prostato-vésiculite. Il sera indispensable alors d'éviter à un malade de tomber dans ce cercle vicieux regrettable : les lésions prostatiques réinoculant un veru-montanum et un urètre postérieur guéris, lesquels, à nouveau infectés, pourront à leur tour réagir sur la prostate.

A l'occasion d'échecs, nous avons observé un certain nombre de ces faits : des lésions bulleuses de formation récente, localisées le plus souvent assez loin des cicatrices de l'étincelage antérieur. Et ces nouvelles lésions nous expliquaient chez ces sujets la récurrence de leurs signes fonctionnels après une sédation longue ou même la disparition de leurs souffrances.

Il faut donc, pour obtenir une guérison définitive, ne pas négliger la prostatite si fréquemment associée. On conseillera ici le vieux traitement classique de la prosta-

tite subaiguë; on se trouvera surtout bien de lui adjoindre l'effluation de la prostate par la voie rectale, association qui nous a donné les meilleurs résultats.

On pourra discuter, dans ce cas, l'opportunité d'un traitement direct de la prostatite par les injections intra-glandulaires de phénol-méthyl du docteur Cano, injections qui ont été pratiquées à l'hôpital Necker avec un certain pourcentage de succès.

Dans un certain nombre de cas, la vaccinothérapie, l'auto-vaccinothérapie ont paru montrer une certaine efficacité lorsqu'on a pu les associer au vieux traitement anti-phlogistique et surtout aux applications de haute fréquence.

Observations

Les documents que nous avons recueillis dans le service de notre Maître, M. le professeur Legueu, comportent 94 observations de veru-montanites inédites, parmi lesquelles nous avons pu observer et traiter nous-mêmes 11 cas particulièrement intéressants.

Nous avons dû dépouiller environ 272 observations de malades consultants (urétrites chroniques, troubles génitaux). Le pourcentage des veru-montanites est donc élevé, environ un malade sur trois, soit plus de 33 p. 100.

Nous avons classé ces veru-montanites dans six groupes, suivant que l'endoscopie avait montré les lésions exclusivement localisées sur le veru-montanum ou associées à d'autres lésions siégeant sur les différentes portions de l'urètre prostatique et sur le col vésical.

Dans 19 cas, les lésions n'existaient que sur le veru-montanum (il n'y avait pas de prostatite).

Dans 21 cas, les lésions montanales et les lésions de l'urètre postérieur étaient associées avec celles de la prostate.

Dans 9 cas, l'urétroscope décelait une veru-montanite et une urétrite sus-montanale (sans prostatite).

Dans 19 cas, il y avait veru-montanite et urétrite postérieure totale (sans prostatite).

Dans 8 cas, les lésions étaient exclusivement localisées sur le veru et sur le col de la vessie (pas de prostatite).

Dans 18 cas enfin, le veru-montanum, le col vésical et tout l'urètre prostatique présentaient des lésions sans association de prostatite.

Nous nous excusons de ne pouvoir donner pour tous les cas observés les suites post-opératoires éloignées. Nous nous sommes heurtés à de grosses difficultés pratiques : les malades perdus de vue avaient fourni de fausses adresses et les convocations que nous avons lancées n'ont pu trouver toujours les destinataires.

OBSERVATIONS DES MALADES ÉTUDIÉS PAR LE DOCTEUR FLANDRIN ET PAR NOUS-MÊME DANS LE SERVICE D'URÉTROSCOPIE DE LA CLINIQUE UROLOGIQUE DE L'HÔPITAL NECKER.

OBSERVATION n° 1.

(*Veru-montanite congestive*).

R. E..., âgé de 25 ans, consulte pour troubles génitaux.

Il souffre d'une impuissance relative. Les excitations génitales produisent chez lui de fortes érections, avec apparition au méat d'un écoulement muqueux, filant, assez abondant; mais au moment des rapports, l'érection cesse brusquement. Le malade s'affecte beaucoup de cet état.

Cependant, il dort bien et son appétit est conservé. Il dit avoir maigri. Il n'a jamais eu de blennorrhagie, mais un jour, dit-il, à la suite d'un coït, il a vu apparaître un léger suintement blanchâtre qui a guéri au bout de trois jours; il avoue

avoir pratiqué depuis l'âge de 12 ans des masturbations fréquentes.

Actuellement ses urines sont troubles, mais s'éclaircissent complètement par l'addition de quelques gouttes d'acide acétique. Il ne présente aucun trouble de la miction, aucune dou-

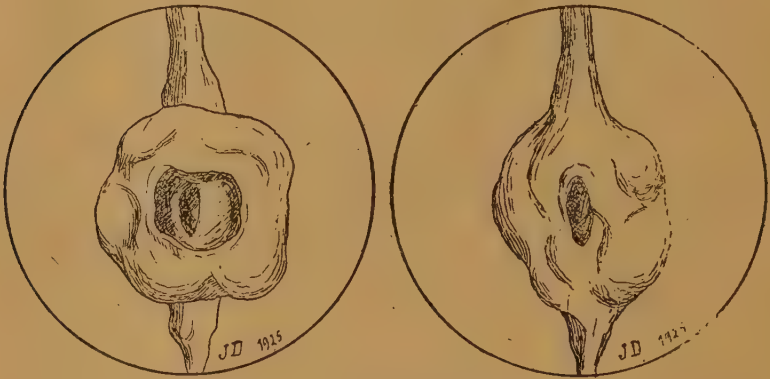


FIGURE V (demi schématique
Observation I

leur urétrale, ni picotement. Il n'a pas de pertes séminales, ni de prostatorrée. Il n'y a rien à signaler ni du côté épидидyme, ni du côté prostate.

Le docteur Flandrin et nous-même faisons une urétroscopie le 19 février 1925.

Nous voyons un col congestionné, mais régulier. Le veru, complètement entouré par une sorte de bourrelet œdémateux, mérite le nom de veru en prépuce. Il est congestionné et irrégulier. Toutes les parties restantes de l'urètre prostatique sont normales de coloration et ne présentent pas de lésions.

Étincelage du veru-montanum. — Le 17 mars 1925, un nouvel examen urétroscopique nous montre un veru encore irrégulier et congestionné, mais le prépuce a complètement disparu. Nouvel étincelage du veru.

Le 7 avril 1925, nous voyons à l'urétroscope un veru très rétréci, ayant à peu près le tiers du volume qu'il avait précédemment. Sa surface n'est pas encore nettoyée et présente les traces de l'étincelage antérieur. L'urètre postérieur est légèrement congestionné.

Le 21 avril 1925, le malade vient encore nous voir. Il a pu pratiquer le coït d'une façon efficace, mais ses érections ne sont pas encore aussi vigoureuses qu'autrefois. Il y a donc une amélioration notable. A l'urétroscope, le veru est très petit, encore un peu hyperhémie, mais de forme et de volume normaux. Etincelage.

25 mai. Veru à peu près complètement détruit. On voit de gros orifices glandulaires ouverts dans l'urètre postérieur. Malade satisfait de son état actuel. Fonctions génitales absolument normales.

OBSERVATION 2.

(Veru-montanite légère, congestive, œdémateuse).

M. S..., profession : maçon. Ce malade, âgé de 18 ans, célibataire, vient consulter, sur les conseils de son frère aîné Gustave, qui souffre de la même affection. Il présente depuis novembre 1923 des pertes séminales, pertes survenant la nuit, à l'occasion de rêves, et ne s'accompagnant d'aucune sensation de volupté; leur apparition est favorisée par l'absorption de boissons, telles que : thé, café, alcool, et enfin par certaines représentations psychiques; elles surviennent environ trois fois par semaine, se reproduisant assez souvent pendant deux nuits consécutives et même deux fois dans la même nuit.

Depuis un mois, cette fréquence augmente et attire l'attention du sujet sans cependant retentir sur son état général, ni sur son moral, qui sont satisfaisants : aucun amaigrissement, ni asthénie, l'appétit est conservé. Il ne présente pas d'autres

symptômes génitaux, d'ailleurs difficiles à étudier en raison de son inexpérience sexuelle : en tout deux rapports normaux qui ne lui ont laissé aucune maladie vénérienne.

Par contre, comme son frère aîné, il avoue s'être livré, de 13 à 16 ans, à une masturbation quotidienne.

Il a une goutte matinale blanchâtre.

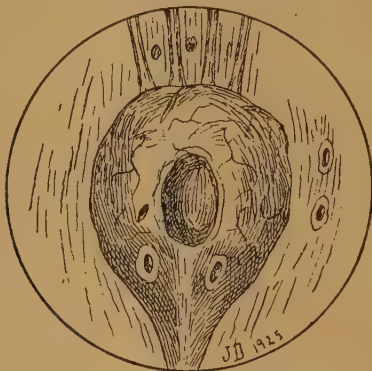


FIGURE VI (demi schématique)

Observation II

Il n'a pas de pollakiurie, et ses mictions possèdent des caractères normaux. Ses urines sont parfaitement claires, mais présentent quelques filaments. Il n'y a rien à signaler du côté de la prostate, des vésicules séminales et de l'épididyme.

Le 11 octobre 1924, nous faisons, avec le docteur Flandrin, une urétroscopie postérieure :

Le col vésical et l'urètre sus-montanal sont normaux.

Par contre, on voit un assez gros veru, hyperhémie et très vascularisé. Sur son sommet s'ouvre un utricule dont l'orifice est arrondi, béant et congestionné. Les orifices des canaux éjaculateurs ne sont pas visibles.

En allant vers la crête du veru, on aperçoit à sa surface deux orifices glandulaires, de forme circulaire, largement ouverts et comme entourés d'une collerette blanche.

La gouttière latérale gauche présente les mêmes lésions au-

tour de trois orifices prostatiques. Il s'agit d'une veru-montanite congestive œdémateuse. Etincelage du veru.

Le 2 novembre et le 30 décembre 1924, nouvelle séance d'étincelage.

Le 3 février 1925, on voit sur la partie inférieure du col, légèrement rouge, deux bulles d'œdème et un lambeau de muqueuse flottant. Le veru est petit, rétracté; il présente une muqueuse saine. Etincelage en surface.

Le 3 mars 1925, sur le col persiste une bulle d'œdème que l'on étincelle.

Le 31 mars 1925, le col est maintenant normal. A cette date, l'urètre prostatique et le veru ne présentent plus de lésion; le malade, sans être complètement guéri, présente une amélioration très sensible.

OBSERVATION 3.

G. S..., âgé de 25 ans, marié (veru-montanite congestive).

Cet homme vient consulter pour pollutions nocturnes fréquentes et persistantes, malgré les traitements médicaux prescrits par plusieurs praticiens.

Actuellement, ces pertes séminales se produisent en moyenne trois à quatre fois par semaine, et parfois à deux reprises dans la même nuit. Elles présentent rarement un caractère voluptueux. Le malade a remarqué qu'elles apparaissent souvent à l'occasion de rêves et surtout lorsque, le jour précédent, il a absorbé des boissons alcoolisées, des mets épicés.

Le début de l'affection remonte à 1910, c'est-à-dire il y a huit ans. Cependant le malade s'est marié en juin 1923. Sa femme, avec laquelle il a eu au début des rapports à tout point de vue normaux, lui a donné un enfant bien portant.

Les pollutions disparues, apparemment pendant les quatre premiers mois qui ont suivi son mariage, sont ensuite revenues avec la même fréquence.

Le malade se plaint, en outre : de pollakiurie nocturne (il est obligé d'uriner une ou deux fois par nuit), de pollakiurie diurne (miction toutes les deux heures).

Il ne présente pas de dysurie, mais en dehors des mictions, il ressent, parfois et soudainement, des élancements douloureux dans la vessie. Les douleurs ne durent que quelques secondes et irradient dans les régions avoisinantes. Il présente de la prostatorrhée qui coïncide avec la fin de la défécation. Il a beaucoup maigri : au début de l'affection, son poids qui était de 70 kilos, est tombé à 60 kilos. Il est asthénique et neurasthénique (avant son mariage il avait des idées de suicide). Cependant son appétit est conservé.

On ne relève aucune blennorragie, aucune urétrite dans ses antécédents, mais spontanément, il déclare avoir, à l'âge de 15 ans, usé et abusé de la masturbation pendant six mois (attouchements quotidiens et parfois bi-quotidiens). L'apparition des pollutions nocturnes arrêterent cette monomanie. Il aurait eu à l'âge de six mois une urétrorrhagie spontanée.

Les urines sont claires. Au toucher rectal, la prostate paraît normale ainsi que les vésicules séminales. Epididymes normaux.

Le 20 octobre 1924 on pratique l'urétroscopie postérieure; on voit un col de contours et de coloration normaux, mais tout l'urètre postérieur présente une rougeur diffuse. Le verumontanum hypertrophié, turgescant, est congestionné d'une façon diffuse. On ne remarque aucune lésion de la muqueuse, ni de l'orifice utriculaire, ni des orifices glandulaires de la prostate. Les orifices des canaux éjaculateurs ne sont pas visibles. Etincelage.

Après six séances d'étincelage, qui ont été faites de quinze jours en quinze jours, le verumontanum est complètement détruit; son emplacement est recouvert d'un caillot sanguin. Tout autour on aperçoit les orifices glandulaires béants. L'urètre postérieur est décongestionné, la muqueuse est normale.

Le malade, depuis son traitement par la haute fréquence

accuse une amélioration notable. Les pollutions nocturnes sont moins fréquentes, moins abondantes.

Le traitement n'a pas influencé défavorablement les rapports sexuels, mais l'activité génitale ne représente plus l'aspect désordonné d'autrefois. L'état général et psychique se relèvent très notablement.

OBSERVATION 4.

(*Veru-montanite œdémateuse.*)

M. J...; manœuvre, âgé de 42 ans.

Ce malade vient consulter pour troubles urinaires douloureux. La fin des mictions s'accompagne d'une sensation de brûlure; cette sensation douloureuse débute quelques minutes seulement après la miction. Elle commence au méat et se propage tout le long du canal.

Le malade ressent en même temps de vagues douleurs lombaires; il se plaint en outre de pesanteurs périnéales et de picotements à l'anus succédant à la défécation, qui n'est pas douloureuse par elle-même. Entre les mictions, il éprouve souvent une fausse impression de mouiller sa chemise.

Il ne se plaint pas actuellement de troubles génitaux. Ses érections sont vigoureuses et soutenues, l'éjaculation se produit au moment opportun et garde ses caractères normaux; pourtant il y a six mois, il aurait présenté quelques éjaculations douloureuses à leur fin. Il n'a pas remarqué alors, que le sperme fut teinté de sang.

L'interrogatoire ne révèle pas chez lui de pollakiurie; ses urines sont claires, ne contiennent pas de filaments. Au toucher rectal, la prostate se révèle de volume et de consistance normaux.

Antécédents urinaires. — Il a contracté une blennorragie il y a quinze ans, blennorragie qu'il a soignée et guérie.

En 1924, il a eu une cystite dont il est impossible aujourd'hui de déterminer l'étiologie.

Le 3 mars 1925, la cystoscopie ne nous a pas montré de lésions vésicales. Les orifices urétéraux étaient normaux.

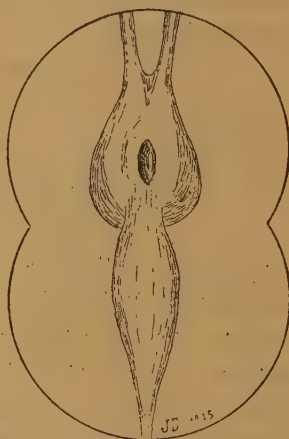
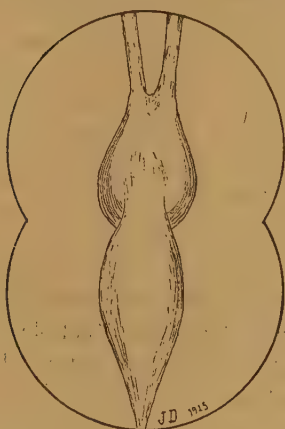


FIGURE 7. — Avant l'étincelage. FIGURE 8. — Après l'étincelage

Observation IV (demi schématique)

Le 16 mars 1925, nous faisons un premier examen urétroscopique qui nous fait voir une sorte de veru dédoublé suivant son axe. Il est impossible de reconnaître la saillie qui correspond au veru-montanum : en effet, on n'aperçoit ni l'utricule, ni l'orifice des canaux éjaculateurs. Sur la partie du veru supérieur, si l'on peut s'exprimer ainsi, on voit une bulle d'œdème. La surface de ce veru bilobé est très hyperhémiee. La muqueuse de l'urètre sus-montanale, des gouttières latérales, et de l'urètre sous-montanale ne présentent pas de lésions quoique congestionnée.

Nous étincelons le veru : sous son action le kyste d'œdème éclate.

Le 10 avril 1925, nous faisons un deuxième examen urétro-

copique : le col vésical est normal, le veru-montanum, dans son ensemble, est encore congestionné, mais la bulle d'œdème a complètement disparu, sans laisser de traces; maintenant l'orifice utriculaire est visible : il siège un peu en aval de l'endroit où se trouvait la bulle d'œdème. Le pseudo-veru existe encore. Le colliculus seminalis est donc nettoyé.

Le malade accuse une amélioration considérable; il ne ressent plus des sensations de brûlure, des sensations anormales de fausse incontinence. Les douleurs lombaires ont cédé au traitement; seule persiste une sensation de pensanteur péri-néale.

OBSERVATION 5.

(*Veru-montanite végétante.*)

S. V..., âgé de 37 ans. Ce malade vient consulter pour une goutte persistante et pour des troubles génitaux. Il a eu une blennorrhagie à 22 ans, qui a guéri au bout de quatre mois.

L'examen de la goutte matinale ne montre ni gonocoque, ni autre microbe, seulement quelques polynucléaires et quelques cellules épithéliales.

Il a de la pollakiurie diurne et nocturne; le jour il est obligé d'uriner toutes les trois heures, et la nuit les envies impérieuses le forcent à se lever une ou deux fois.

Les mictions ne sont pas douloureuses, mais lui causent quelquefois à leur fin quelques picotements. Le matin, l'urine du premier verre est légèrement trouble et contient de nombreux filaments. La nuit, lorsque le malade se réveille, il se trouve toujours en état d'érection.

Lorsqu'il a des rapports, ses érections, dit-il, ne sont pas vigoureuses comme autrefois et ne lui permettent que des rapports espacés et raccourcis. L'éjaculation qui est préma-

turée se termine en lui donnant une sensation légèrement douloureuse.

L'urétroscopie montre un col normal. Le veru-montanu est boursoufflé et sa muqueuse est hérissée de petites végétations irrégulièrement disposées. Dans la gouttière latérale gauche on distingue un orifice glandulaire prostatique béant : un doigt placé dans l'anus pour exprimer la prostate qui offre une consistance normale et n'est pas sensible, ne fait pas sourdre de pus.

L'urètre prostatique est légèrement congestionné dans son segment sous-montanu. Etincelage du veru.

Trois semaines plus tard, deuxième séance d'étincelage : les végétations ont disparu, laissant à leur place de petites cicatrices blanchâtres. Le veru est encore un peu irrégulier et rouge.

Le 27 avril 1925, le malade vient nous revoir : sa goutte a disparu, ses urines sont claires, avec quelques filaments légers restant à la surface. Ses érections sont normales, et ses éjaculations ne sont plus douloureuses. Il n'a plus de pollakiurie et il se déclare très satisfait. En somme, disparition de tous les symptômes morbides qui l'avaient amené à consulter.

OBSERVATIONS 6.

(*Veru-montanite congestive et végétations.*)

T. J..., radiotélégraphiste, âgé de 26 ans, vient consulter à Necker pour une goutte persistante et divers troubles génitaux et urinaires.

En 1924, il a contracté une blennorrhagie qu'il n'a pas soignée. L'écoulement aurait disparu spontanément au bout de un mois (?). Six mois plus tard, l'écoulement reparait peu abondant. Le malade vient nous consulter.

A l'examen microscopique de la goutte on trouve de nom-

breux polynucléaires, quelques rares cellules épithéliales et quelques microbes banaux prenant le Gram : staphylocoques, entérocoques. Pas de gonocoque.

Après trois mois de traitement, l'écoulement se tarit, les urines redeviennent claires, mais montrent quelques filaments le matin. A cette époque, le malade présente déjà une légère pollakiurie diurne.

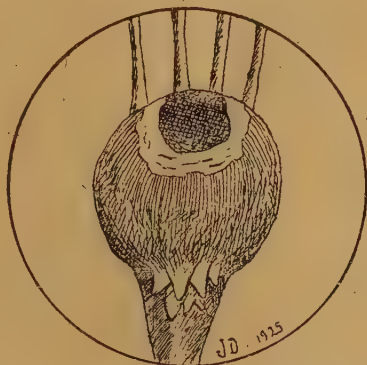


Fig. 9. — Avant l'étingelage Fig. 10. — Après l'étingelage

Observation VI

En janvier 1925, paraît de nouveau un léger écoulement dans lequel on ne trouve pas de gonocoque. Les urines du matin sont troubles avec de nombreux filaments. Le malade accuse des signes de cystite : mictions toutes les deux heures, avec petites hématuries terminales.

Il a de fréquentes érections; quelquefois elles se produisent d'une façon incomplète et à la fin de la miction.

Les rapports sexuels lui procurent des éjaculations à caractère désagréable qu'il ne peut définir. Il n'a pas remarqué de sang dans le sperme. Au toucher, on ne trouve aucun signe

de prostatite ni de vésiculite. Enfin, le malade, en quelque sorte hypnotisé par son méat qu'il regarde à tout instant, tend à faire de la neurasthénie urinaire. Il dort mal et mange avec peu d'appétit. Il paraît asthénique, abattu.

Nous faisons tout d'abord une cystoscopie qui est négative et ne révèle aucune lésion de cystite. Quinze jours après, nous explorons avec l'urétroscope son urètre postérieur. Nous voyons tour à tour un col de contours irréguliers, mais surtout un gros veru-montanum très irrégulier, rouge, boursoufflé, sur lequel on ne distingue ni utricule, ni canaux éjaculateurs. Au niveau de la crête urétrale, sont implantées quelques végétations d'urétro-cystite. Etincelage du veru.

Deux semaines après, nous voyons à l'urétroscope un col encore irrégulier, hyperhémie, avec deux bulles d'œdème sur son bord inférieur. Le veru, bien moins gros, n'est plus irrégulier. Encore rouge, il a une forme arrondie et montre sur son sommet une exulcération entourée d'une collerette d'exsudats fibrineux. Vers la crête urétrale, il existe encore quelques petites végétations. On étincelle à nouveau toutes ces lésions.

Le malade, qui est venu nous voir le 15 mars, est considérablement amélioré et ne présente plus qu'une pollakiurie légère.

Guérison.

OBSERVATIONS 7.

(Veru-montanite et urétrite postérieure.)

N. L..., âgé de 24 ans, souffre de brûlures vives le long de l'urètre; douleurs survenant en dehors des mictions et irradiant dans les testicules, le périnée, les reins.

De plus, ce malade présente : de la pollakiurie, surtout diurne, de la dysurie : jet urinaire saccadé, gouttes retardataires nombreuses.

La défécation fait sourdre une goutte blanc jaunâtre au méat.

Au point de vue génital, les érections sont longues à se produire et encore par des moyens artificiels; elles ne sont pas soutenues. L'éjaculation est assez douloureuse : la douleur débute au niveau du gland et remonte le long du canal de l'urètre jusqu'à la vessie. Le sens génital est émoussé. Les urines sont troubles avec des filaments.



FIGURE II (demi schématique)

Observation VII

Le malade a eu une première blennorragie en 1918 et qu'il a mal soignée. Il a eu une orchite en 1919, a contracté la syphilis en 1920; puis, au cours de la même année, une nouvelle blennorragie, suivie d'une épидидymite gauche, qui a été incisée. Actuellement, il a une goutte qui paraît le matin au réveil et quelquefois dans la journée. (Wassermann actuellement négatif, réflexes normaux, pas de signes d'Argyll). La prostate est légèrement douloureuse au toucher.

Le 14 avril 1925, examen urétroscopique : le contour du col

est ogival à sa partie supérieure, qui garde cette forme malgré la distension. Le veru très dévié vers la droite est gros, œdématisé et présente un polype sur son côté droit. L'utricule n'est pas médian, il siège à gauche. L'urétrite postérieure est totale. Etincelage.

Le 30 avril 1925, les troubles urinaires subsistent; les éjaculations se sont modifiées considérablement dans le sens de la normale. Disparition de l'écoulement.

OBSERVATION 8.

(*Veru-montanite et prostatite.*)

B. L..., âgé de 42 ans.

Ce malade vient consulter parce qu'il souffre pendant la défécation au cours de laquelle il ressent des douleurs dans les régions fessières et inguinales et parce qu'il voit en même temps sourdre une goutte de pus au méat.

Il ne présente pas de pollakiurie, mais il éprouve, au cours des mictions, une sensation de chaleur dans l'urètre profond. Il n'accuse pas de symptômes génitaux. On relève dans ses antécédents une blennorragie à l'âge de 20 ans. Le premier verre contient des filaments courts, trapus et qui tombent rapidement au fond. Le toucher rectal décèle une prostate sensible et un peu augmentée de volume.

L'examen urétroscopique nous montre : un col au contour de forme anormale légèrement congestionné. Un veru-montanum très hypertrophié, hyperhémie, déformé, à contours flous. Il s'agit là d'une veru-montanite typique. Le sommet du veru est œdématisé et présente une fente utriculaire à bords sinueux. A sa surface, autour de l'orifice utriculaire, sont cinq à six orifices de glandes prostatiques béants et desquels sort du pus lorsqu'on masse la prostate. L'urètre sus et sous-montanal, les gouttières latérales sont un peu rouges. Dans ces der-

nières et dans les deux fossettes prostatiques limitées par les trois freins postérieurs nous voyons encore quelques orifices prostatiques béants. Etincelage du veru. Massage de la prostate.

OBSERVATION 9.

(Veru-montanite végétante et prostatite.)

C. J..., âgé de 20 ans, vient consulter à Necker pour une goutte chronique. L'examen microscopique de cette goutte montre des polynucléaires, quelques cellules épithéliales, divers microbes banaux, mais pas de gonocoques. Le premier verre d'urine est légèrement trouble avec des filaments.

Ce malade a contracté une première blennorrhagie en 1922, qu'il dit avoir guérie en six semaines, puis une seconde blennorrhagie quatre mois après la guérison de la première. Cette dernière lui a laissé, comme séquelles, une goutte et une prostatite. En effet, le toucher rectal décèle une prostate sensible.

Il ne présente pas de pollakiurie, ni de troubles de la miction. Les érections, les éjaculations sont normales.

A la lumière de l'urétroscopie postérieure, on voit de fines végétations sur la face antérieure du veru-montanum qui présente une congestion intense : il est gros, rouge, oedémateux, très déformé. De plus, on aperçoit sur son sommet une végétation multilobée. L'urètre prostatique est rouge. Etincelage des lésions.

Un mois après, on voit à l'urétroscope un veru bien nettoyé, à contours nets. Toute trace de végétation a disparu.

Cliniquement, il reste encore un peu de prostatite. On fait du massage. Les urines sont claires, avec quelques filaments. Un léger suintement persiste. Très grosse amélioration.

Trois semaines après, nouvel examen urétroscopique : l'urétroscope fait voir de grosses bulles d'œdème sur le bord supé-

rieur du col. Le veru est très amélioré. Ses contours sont devenus plus nets, plus réguliers. Il est moins gros. On voit toujours les orifices dilatés des canaux prostatiques. On détruit les bulles d'œdème du col par étincelage, ainsi que la surface du veru. Massage de la prostate.



FIGURE 12 (demi schématique)

Observation IX

Un mois après, nous voyons à l'urétroscope un col et un veru normaux : la muqueuse est rose, le massage de la prostate ne fait pas sourdre du pus des orifices glandulaires restés béants. Le malade ne se plaint plus de douleurs à la défécation. La goutte matinale est devenue transparente et filante. Les urines se sont clarifiées et présentent quelques petits filaments transparents.

En résumé, amélioration considérable.

OBSERVATION 10.

(Veru montanite avec polype.)

L. J..., 25 ans, employé de banque.

Consulte le 16 mars 1923 pour une goutte apparaissant le

matin et parfois dans la journée. Ce malade a eu une blennorrhagie il y a deux ans, traitée par de grands lavages et guérie.

Les urines sont claires, mais présentent quelques filaments. Ne souffre pas de pollakiurie, ni de troubles génitaux.

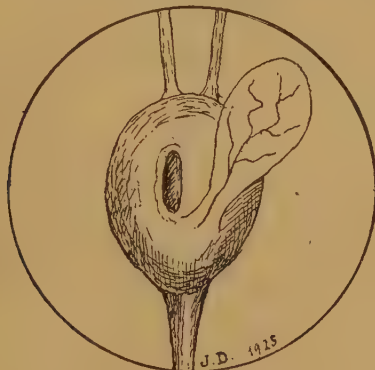


FIGURE 13 (demi schématique)

Observation X

Examen urétroscopique : le col, à sa partie inférieure, présente quelques lésions d'œdème. Le veru est légèrement boursoufflé; il montre à sa partie gauche inférieure un petit polype flottant dans le courant du liquide. Destruction du polype par étincelage.

Seconde séance d'endoscopie le 14 mai 1923 : étincelage restreint des lésions au niveau du col et du veru.

Nous revoyons le malade le 11 juin 1923. L'urétroscope montre la disparition des lésions de l'urètre postérieur, mais en massant la prostate pendant l'examen urétroscopique nous voyons sourdre du pus par les orifices des glandules prostatiques. Nous prescrivons le massage de la prostate sur vessie pleine, suivi d'une installation au nitrate d'argent au 200° deux fois par semaine.

Le malade revient le 25 juin 1923, très satisfait : la goutte matinale est devenue intermittente, transparente et visqueuse. Guérison.

OBSERVATION 11.

(*Veru-montanite avec végétations.*)

D. R..., 49 ans.

Ce malade vient consulter pour une goutte matinale chronique, pour des éjaculations douloureuses et parce que ses érections deviennent rares. De plus, il présente des pertes séminales. En somme, *impuissance*. Pas de dysurie, pas de pollakiurie. Il y a vingt ans, blennorragie compliquée d'orchite



FIGURE 14 (demi schématique)

Observation XI

gauche. Urétroscopie : on voit le veru-montanum gros, hyperhémifié, présentant sur son sommet des végétations régulièrement implantées à la façon de dents de peigne.

Un deuxième examen urétroscopique le 31 mars 1923 : veru en bon état de cicatrisation.

Troisième examen urétroscopique, 15 mai 1923 : amélioration de tous les symptômes. Le veru est presque nettoyé. L'urètre postérieur est un peu hyperhémie.

Le 20 mai 1923, on étincelle une lésion d'œdème située en aval du veru.

Le 10 juillet 1923, l'urètre postérieur est complètement nettoyé; le malade ne présente plus que quelques filaments dans les urines. Guérison.

OBSERVATIONS INÉDITES RECUEILLIES DANS LES DOCUMENTS DU SERVICE
D'URÉTROSCOPIE DE LA CLINIQUE UROLOGIQUE DE NECKER (SERVICE
DU PROFESSEUR LEGUEU).

I

*Les lésions exclusivement localisées sur le Veru-Montanum
(sans prostatite) : 15 cas.*

OBSERVATION 12.

H..., âgé de 24 ans, consulte pour hématurie initiale survenue il y a un mois.

Actuellement, pas d'écoulement.

Il y a un an, blennorragie.

Examen urétroscopique le 30 octobre 1924 : veru gros et boursoufflé, muqueuse saignant facilement.

OBSERVATION 13.

D..., âgé de 56 ans.

Pollakiurie diurne et nocturne; brûlures à la miction.

Blennorragie il y a vingt-cinq ans.

Urétroscopie 11 juillet 1923 : col normal; veru légèrement congestionné; crête urétrale œdématisée, irrégulière.

OBSERVATION 14.

L. C..., âgé de 32 ans. Vient consulter pour neurasthénie urinaire. Aucun signe clinique, si ce n'est quelques filaments dans les urines.

Urétroscopie 3 avril 1923 : col normal; lésions très légères du veru et de la crête urétrale consistant en petites bulles d'œdème et quelques ecchymoses montanales. Etincelage du veru.

OBSERVATION 15.

L..., âgé de 70 ans. Faux prostatique.

Ce malade présentait de la pollakiurie diurne et nocturne et de la dysurie.



FIGURE 15

Observation XV

On lui trouve un léger résidu trouble (2 à 3 cc.). Le toucher rectal décèle une prostate normale.

Urétroscopie le 5 mars 1923 : col normal; veru-montanum saillant, présentant à son sommet un gros polype. Etincelage suivi de complète guérison.

OBSERVATION 16.

V. F..., âgé de 26 ans. Goutte matinale. Sans gonocoques.

Urétroscopie le 25 avril 1924 : veru-montanite légère avec petits polypes sur la face supérieure. Destruction du veru par étincelage.

OBSERVATION 17.

G. L..., âgé de 24 ans. Consulte pour impuissance.

Blennorrhagie il y a deux ans. Masturbations fréquentes pendant trois ans. Depuis, impuissance.

Examen urétroscopique le 4 août 1923 : col normal; lésions congestives du veru, surtout à la base; petits polypes du sommet. Etincelage du veru et instillations.

OBSERVATION 18.

G. B..., âgé de 28 ans, consulte le 22 mai 1924 pour une goutte matinale. Pas de gonocoque.

Urétroscopie : veru normal, mais utriculite. Etincelage.

OBSERVATION 19.

G. C..., âgé de 25 ans, consulte pour douleurs urétrales le 16 mai 1923. Jamais de blennorrhagie. Pollakiurie diurne et nocturne. Urines troubles. Urétrorragie à la suite d'un sondage fait par le malade.

Urétroscopie : veru oedématié et boursoufflé, avec utricule béant. Etincelage léger.

OBSERVATION 20.

P. R..., goutte chronique. Blennorrhagie il y a dix mois.

Examen urétroscopique : veru injecté; orifice utriculaire béant.

OBSERVATION 21.

L. B., 42 ans, consulte le 2 janvier 1924 pour impuissance intermittente.

Examen urétroscopique : veru petit et infecté; orifice utriculaire très dilaté et permettant l'introduction d'une grosse sonde à électrocoagulation. Etincelage du veru.

OBSERVATION 23.

L. R..., 19 ans, consulte le 17 juillet 1924 pour goutte.

Examen urétroscopique : le veru seul paraît légèrement tuméfié.

OBSERVATION 24.

L. C..., 32 ans, consulte pour neurasthénie urinaire. Aucun signe clinique, si ce n'est quelques filaments dans les urines. Blennorragie en décembre 1922. Guéri.

Examen urétroscopique le 3 avril 1923 : col normal; lésions très légères du veru-montanum, de la crête urétrale consistant en quelques bulles d'œdème et quelques ecchymoses montanales. Etincelage en surface du veru-montanum.

OBSERVATION 25.

B. A..., âgé de 28 ans, consulte le 20 juillet 1923 pour hémospemie. Il y a trois ans, blennorragie avec orchite double. Urètre postérieur sain. Prostate normale. Veru un peu boursofflé. Etincelage.

OBSERVATION 26.

G. H..., 20 ans, consulte le 3 juillet 1923 pour goutte chronique. Quelques filaments dans les urines.

Urétroscopie : le veru est déformé avec végétations.

OBSERVATION 26 bis.

G. H..., 35 ans, consulte le 2 février 1925 pour douleurs urétrales permanentes exagérées par la marche et surtout le coït; il n'y a pas d'écoulement urétral, les urines sont claires.

Urétroscopie (voir fig.) : urètre postérieur, région sus-montanales : rougeur assez accentuée sur la partie médiane et les parties latérales. Veru de forme régulière, mais présentant des



FIGURE 16

Observation XXVI bis

bulles d'œdème sur son pôle supérieur et au-dessus de l'utricule. Région sous-montane : zone irrégulière avec de nombreuses bulles d'œdème donnant l'impression d'un second veru. Etincelage.

II

Les lésions montanales et les lésions de l'urètre postérieur sont associées avec celles de la prostate : 17 cas.

OBSERVATION 27.

A. N...; âgé de 25 ans. Consulte le 12 avril 1924 pour goutte chronique.

Examen : urines troubles; prostate légèrement hypertrophiée et douloureuse.

Examen urétroscopique : veru irrégulier et boursoufflé. Etincelage.

OBSERVATION 28.

H. D..., 34 ans. 15 mai 1924. Goutte chronique. Examen urétroscopique : veru rouge, boursoufflé, irrégulier, lésions congestives et végétantes de l'urètre sus-montanal. Prostate dure, hypertrophiée. Etincelage du veru.

OBSERVATION 29.

H. M..., 30 ans. Goutte chronique, légère dysurie. Au toucher : prostatite-vésiculite droite. Urétroscopie : veru-montanite légère avec œdème de la crête urétrale. Infiltration molle sus-montanale. Etincelage.

OBSERVATION 30.

L. V..., 59 ans. Goutte chronique. Urétroscopie : urètre allongé et saignant facilement, surtout dans sa portion sus-montanale. Deux joues latérales tendent à effacer le veru, surtout à droite. Prostate infectée. Etincelage du veru. Massage de la prostate.

OBSERVATION 31.

L. H..., 41 ans. Consulte le 15 septembre 1924 pour pollakiurie et défécation douloureuse. Il y a trois ans, blennorragie guérie. Prostate hypertrophiée et douloureuse. Examen urétroscopique : veru hypertrophié et injecté; œdème organisé du col; infiltration molle de l'urètre prostatique.

OBSERVATION 32.

D..., 56 ans. Consulte le 11 juillet 1923 pour pollakiurie diurne et nocturne, et pour brûlures à la miction. Blennorragie il y a trente ans. Actuellement, signes de prostatite, surtout à droite. Urétroscopie : veru légèrement congestionné avec crête urétrale œdématisée et irrégulière. Etincelage.

OBSERVATION 33.

L. L..., 26 ans. Consulte le 4 octobre 1923 pour une goutte matinale. Pas de gonocoque. Ejaculations douloureuses depuis cinq à six mois. Blennorragie en 1920. Signes de prostatite. Urétroscopie : rougeur diffuse de l'urètre postérieur; col un peu déformé; veru rouge, boursoufflé, avec polypes minuscules bifides; urétrite et prostatite. Etincelage.

OBSERVATION 34.

G. B..., Consulte le 23 novembre 1923 pour une goutte chronique. Examen urétroscopique : col régulier, rouge, œdémateux. Ebauche de lobes latéraux ((prostatite). Base du veru et urètre postérieur présentant des lésions d'œdème polypoïde organisées.

OBSERVATION 35.

H. B..., goutte chronique. Examen urétroscopique : gros veru saillant, très irrégulier, avec bulles d'œdème et nombreux orifices glandulaires laissant sourdre du pus; prostate un peu dure. Etincelage du veru. Massage de la prostate.

OBSERVATION 36.

E. P..., 45 ans. Dysurie, pollakiurie nocturne. Blennorragie en 1895. Examen urétroscopique le 13 octobre 1923 : vessie saine; pas de lésions du col; infiltration du col et de l'urètre sus-montanal; prostatite; veru injecté et petit. Etincelage.

OBSERVATION 37

L. S..., 21 ans. Consulte pour impuissance le 19 mai 1924. Prostate un peu grosse et légèrement douloureuse. Pas de goutte. Blennorragie il y a quatre mois. Examen urétroscopique : veru-montanite légère et uréto-cystite congestive sus-montanale; prostatite. Etincelage du veru, massage de la prostate.

OBSERVATION 38.

M. L..., 30 ans. Consulte le 20 juillet 1923 pour brûlures au niveau de la verge. *Pas de blennorragie dans les antécédents.* Examen urétroscopique : veru petit avec piquetés hémorragiques. A sa partie inférieure latérale droite, petits polypes frangés. Etincelage. Le 26 octobre 1923, deuxième séance d'urétroscopie : veru nettoyé. Prostate-vésiculite, pus sortant par les orifices prostatiques; massage.

OBSERVATION 39.

T..., âgé de 26 ans, consulte pour goutte chronique. Prostate hypertrophiée et douloureuse. Examen urétroscopique : veru-montanum volumineux, congestionné et bilobé; col ré-

gulier et normal; saillie des joues prostatiques; œdème diffus, surtout marqué du côté droit.

OBSERVATION 40.

S. L..., 24 ans, consulte le 14 octobre 1924 pour goutte matinale avec douleurs articulaires et de temps en temps picotements à l'anus. Spermatorrhée tous les matins. Blennorrhagie il y a sept ans. Urétroscopie : urètre postérieur congestionné. Veru très volumineux, boursoufflé, col en ogive. Prostatite. Léger étincelage du veru. Effluage de la prostate.

OBSERVATION 41.

G. P..., 35 ans (prostatite et veru-montanite). Antécédents : première blennorrhagie en 1906, guérie; deuxième blennorrhagie en 1915, non traitée, ayant laissé comme séquelle une goutte chronique. Impuissance depuis novembre 1922. Troubles génitaux : éjaculations rares, courtes et rapides. Troubles urinaires : douleur à la miction. Prostatite. Massages pendant trois mois sans résultat. Examen urétroscopique le 3 mars 1923 : col normal; veru-montanite typique; veru à contours flous, avec œdème et petites végétations muqueuses. Orifices glandulaires béants dans les gouttières prostatiques. Etincelage. 29 mars 1922 : plus de douleur à la miction. L'impuissance est améliorée, les éjaculations sont plus faciles, mais encore très rapides. Urétroscopie : veru rétracté, en voie de cicatrisation. Nouvelle séance d'étincelage portant sur les orifices glandulaires et les diverticules de l'urètre postérieur, sur le sommet du veru. 9 avril 1922 : on revoit le malade, on constate une guérison anatomique et clinique : le veru-montanum a complètement disparu. Le malade ne présente plus qu'un peu de prostatite chronique.

OBSERVATION 42.

D. S..., 40 ans. Consulte le 31 juillet 1923 pour un écoulement persistant, sans gonocoque. Blennorragie en 1923. Prostate actuellement hypertrophiée, douloureuse. Examen urétroscopique : infiltration molle de l'urètre postérieur. Veru normal, légèrement injecté. Etincelage, massage de la prostate. Instillation au nitrate d'argent au centième.

III

Veru-montanite et urétrite sus-montanale : 9 cas
(sans prostatite).

OBSERVATION 43.

E. M..., âgé de 23 ans, consulte le 2 mai 1924 pour un écoulement (sans gonocoque), pour une légère dysurie, accompagnée de douleurs. L'examen urétroscopique montre une légère urétrite sus-montanale, veru un peu boursoufflé, irrégulier, à muqueuse dépolie. Etincelage du veru.

OBSERVATION 44.

L. D..., 38 ans, consulte pour troubles urinaires. Pollakiurie diurne et nocturne (miction toutes les deux heures). Miction saccadée avec jet filiforme. Pas de rétrécissement. Vessie normale. Urétroscopie le 6 octobre 1923 : infiltration molle sus-montanale, et veru-montanite superficielle, chronique, avec utriculite et aspect verruqueux de la crête urétrale. Blennor-

ragie en 1916. Nouvelle séance d'étincelage le 27 octobre et le 17 novembre, suivie de complète guérison.

OBSERVATION 45.

K. J..., âgé de 18 ans. Consulte le 2 juin 1925 pour des pertes séminales fréquentes. On ne trouve pas de blennorrhagie dans ses antécédents, mais de fréquentes masturbations. Urétroscopie : col normal, infiltration molle de l'urètre sus-montanal, gros veru boursoufflé, surtout dans sa partie inférieure et présentant un utricule saillant et rouge. Etincelage du veru.

OBSERVATION 46.

G. L..., 37 ans, consulte le 10 juillet 1923 pour une goutte chronique (actuellement sans gonocoque). Blennorrhagie il y a deux ans, guérie. Urétroscopie : veru-montanum étalé, irrégulier, œdémateux, orifice utriculaire boursoufflé, urètre postérieur sus-montanal très congestionné. Etincelage. Malade revu un mois après. Guérison anatomique et clinique.

OBSERVATION 47.

C. I..., âgé de 23 ans, consulte le 2 février 1924 pour une goutte chronique. Pas de gonocoque. Nombreux staphylocoques et diplocoques prenant le Gram. Examen urétroscopique : col normal, fossette prostatique infectée. Veru irrégulier, un peu œdématisé. Etincelage du veru en surface, instillation de protargol dans l'urètre postérieur.

OBSERVATION 48.

J. H..., âgé de 25 ans. Goutte matinale sans microbe. Une blennorragie il y a trois ans, guérie. Le 7 octobre 1923, examen urétroscopique : infiltration molle sus-montanale, veru gros, rouge, à contours flous. Etincelage.

OBSERVATION 49.

J. B..., 30 ans, consulte le 2 avril 1924 pour une goutte chronique. Examen urétroscopique : urètre sus-montanal rouge, œdématisé, veru irrégulier, avec nombreuses végétations de forme verruqueuse. Etincelage du veru.

OBSERVATION 50.

B. J..., consulte pour une goutte matinale chronique. Blennorragie il y a dix-sept ans. Il y a un mois, pollakiurie intense, surtout le jour. Après les selles, sensation de pesanteur dans la vessie. Urétroscopie le 15 mars 1924 : veru-montanite et végétations de l'urètre sus-montanal. Etincelage. Nouvelle urétroscopie le 15 avril 1924. Disparition des lésions. Guérison.

OBSERVATION 51.

G. I..., 29 ans, vient consulter pour goutte matinale chronique en août 1925. Huit blennorragies, dont la dernière en août 1922. Urétroscopie (8 août 1923) : col normal, mais injecté. Infiltration molle sus-montanale. Gros veru à contours flous, avec ecchymoses et végétations fines. Œdème organisé de l'urètre sus-montanal. Etincelage.

IV

Veru-montanite et urétrite postérieure totale (sans prostatite) :

17 cas.

OBSERVATION 53.

V..., 38 ans, consulte le 15 octobre 1923 pour pollakiurie nocturne. Urines claires. Prostate peu augmentée de volume. Deux blennorragies guéries. Examen urétroscopique : infiltration molle de l'urètre postérieur qui saigne facilement. Veru ratatiné. Instillations au nitrate d'argent.

OBSERVATION 54.

S..., âgé de 28 ans, consulte le 18 juillet 1923 pour *impuissance*. Aucun antécédent vénérien. Examen urétroscopique : urètre postérieur congestionné, très vascularisé. Petit veru irrégulier, ecchymotique, avec deux ulcérations. Etincelage du veru.

OBSERVATION 55.

F. B..., 63 ans, consulte le 27 juillet 1924 pour pollakiurie diurne et nocturne. Prostate normale. Examen urétroscopique : col normal, veru congestionné, urètre postérieur rouge. Au-dessous du veru, formation pseudo-polypoïde. Etincelage.

OBSERVATION 56.

C. M..., 40 ans, consulte le 18 mars 1924 pour pesanteurs périnéales, pollakiuries, urines troubles et écoulement blan-

châtre au moment des selles, impuissance et nervosisme exagéré; agitation, logorrhée et neurasthénie. Blennorragie il y a vingt-trois ans. Actuellement, pas de goutte. Examen urétroscopique : vessie et col normaux, urètre postérieur sain, mais veru irrégulier, hyperhémie. Etincelage du veru. Guérison.

OBSERVATION 57.

B. L..., âgé de 37 ans, consulte le 2 juin 1923 pour impuissance et goutte matinale. Blennorragie il y a vingt ans. Examen urétroscopique : urètre antérieur rouge, gros, veru hyperhémie. Etincelage.

OBSERVATION 58.

M. P..., 28 ans consulte pour goutte chronique le 4 octobre 1923. Examen urétroscopique : urétrite postérieure avec veru irrégulier, rouge, présentant des lésions d'infiltration molle. Etincelage des lésions.

OBSERVATION 59.

M. B..., 36 ans, consulte le 2 août 1922 pour goutte matinale et filaments dans les urines. Blennorragie il y a deux ans. Examen urétroscopique : infiltration molle de l'urètre postérieur. Gros veru congestionné.

OBSERVATION 60.

B. G..., 20 ans, consulte le 3 mai 1924 pour une goutte mati-

nale. Blennorragie en 1923. Urétroscopie : urètre prostatique rouge, veru hyperhéméié, boursoufflé. Etincelage.

OBSERVATION 61.

P. L..., 36 ans, consulte pour goutte chronique. Urétroscopie le 18 avril 1924 : veru boursoufflé, irrégulier, avec urètre prostatique oedémateux.

OBSERVATION 62.

R. M..., 50 ans, consulte le 8 septembre 1924 pour hématurie terminale. Examen cystoscopique : vessie saine, orifices urétéraux normaux. Examen urétroscopique : col normal. Urètre prostatique à muqueuse rouge, congestionné et saignant facilement. Veru irrégulier et boursoufflé. A gauche de l'utricule, on distingue l'orifice d'un canal éjaculateur. En aval du veru formations pseudo-polypoides. Etincelage.

OBSERVATION 63.

F. J..., 24 ans, consulte pour goutte persistante, malgré lavages et dilatations. Blennorragie en janvier 1922. Urétroscopie le 15 octobre 1923 : veru-montanite avec végétations pseudo-polypoides du frein et infiltration molle de l'urètre prostatique. Etincelage.

OBSERVATION 64.

M..., 26 ans, consulte le 13 octobre 1923 pour goutte chronique. Blennorragie en 1916. Epididymite en 1918. Urétroscopie :

urètre prostatique criblé de lésions d'œdème organisées et de formations polypoïdes dans toute la région sus-montanale. Veru gros, boursoufflé, hyperhémie. Étincelage.

OBSERVATION 65.

C. F..., 24 ans, consulte le 1^{er} octobre 1923 pour goutte matinale. Examen urétroscopique : veru boursoufflé, voilé par un capuchon muqueux, avec infiltration molle de tout l'urètre prostatique.

OBSERVATION 66.

L. H..., 53 ans, consulte le 7 février 1924 pour éjaculations sanglantes. Urines claires. Prostate légèrement augmentée de volume. Urétroscopie : veru déformé et ulcéré. Urètre postérieur hyperhémie.

OBSERVATION 67.

B. R..., consulte le 18 mars 1924 pour impuissance et goutte matinale. Blennorrhagie en 1913, mal soignée. Orchite en 1919. Urétroscopie : veru-montanite intense; œdème du veru et de l'urètre postérieur. Étincelage et effluage de la prostate.

OBSERVATION 68.

L. V..., 26 ans, consulte pour goutte chronique le 20 octobre 1923. Blennorrhagie en 1915. Rétention aiguë en 1923. Urétroscopie : urétrite postérieure chronique avec veru-montanite légère.

OBSERVATION 69.

G. L., consulte le 9 juillet 1924 pour un écoulement matinal survenant trois mois après une blennorragie, apparemment guérie. Examen urétroscopique : légère veru-montanite et urétrite postérieure. Etincelage en surface du veru. Lavages à l'oxycyanure de mercure.

V

*Les lésions siègent exclusivement sur le veru
et sur le col vésical (prostate saine) : 7 cas.*

OBSERVATION 70.

A. C., 30 ans, consulte le 28 décembre 1923 pour pollakiurie diurne : miction toutes les deux heures. Urétroscopie : col et trigone un peu rouges, veru hyperhémifié. Etincelage.

OBSERVATION 71.

I. B., consulte le 5 août 1924 pour goutte chronique. Examen urétroscopique : œdème léger de la partie supérieure du col (vessie normale), veru hyperhémifié. Effluage du veru.

OBSERVATION 72.

L. M., 34 ans, consulte le 8 août 1923 pour diminution progressive des érections depuis deux mois. Blennorragie en

1914, apparemment guérie. Urétroscopie : bulles d'œdème sur la moitié droite du col. Gros veru rouge, déformé. Etincelage.

OBSERVATION 73.

B. E..., 27 ans, consulte pour douleurs périnéales (10 août 1923). Il y a sept ans, blennorragie guérie. Urétroscopie : œdème du col avec petits polypes. Allongement considérable de l'urètre sus-montanal. Veru déformé et ecchymotique. Etincelage.

OBSERVATION 74.

H..., 24 ans, consulte le 12 octobre 1923 pour une légère incontinence, *diurne et nocturne*. Pas d'antécédent blennorragique. Urétroscopie : petit polype transparent sur le bord supérieur du col. Veru boursoufflé et hyperhémie. Etincelage des lésions.

OBSERVATION 75.

H. R..., 26 ans, consulte pour une goutte chronique (13 septembre 1923). Il y a trois ans, blennorragie. Il y a deux ans, vésiculite et orchite. Urétroscopie : formation polypoïde sur la partie supérieure droite du col. Gros veru hyperhémie avec exsudat fibrineux. Etincelage des lésions.

OBSERVATION 76.

C. E..., 32 ans, consulte le 24 mars 1924 pour goutte chronique. Urétroscopie : contours du col normaux. Urètre sus-

montanal rouge, gouttières latérales effacées. Veru irrégulier injecté. Orifices utriculaire dilaté et boursoufflé.

*Le col vésical, le veru-montanum et tout l'urètre prostatique
présentent des lésions : 16 cas (la prostate est saine).*

OBSERVATION 77.

P. D..., 36 ans, consulte le 22 mai 1924 pour goutte chronique. A l'examen urétroscopique on voit un urètre prostatique rouge, un veru boursoufflé, avec une bulle d'œdème à la partie supérieure du col. Etincelage.

OBSERVATION 78.

K. P..., 26 ans, consulte le 10 mai 1924 pour une goutte matinale. Urétroscopie : col et urètre sus-montanal hyperhémisés. Veru injecté. Etincelage.

OBSERVATION 79.

V. M..., âgé de 29 ans, consulte le 24 mars 1924 pour suintement, douleur à la miction. Blennorrhagie il y a sept ans, récurrence il y a trois ans. Les urines sont claires. Urétroscopie : col légèrement soulevé, congestionné, ainsi que l'urètre prostatique et le veru montanum, sur lequel on distingue l'orifice en fente large de l'utricule. Au-dessus et à gauche, on voit deux lacunes avec un exsudat de pus adhérent. Etincelage de la région.

OBSERVATION 80.

L. H..., 41, ans, consulte le 4 septembre 1924 pour pollakiurie douloureuse. Il y a trois ans, blennorragie. Examen urétroscopique : œdème organisé du col. Infiltration molle de tout l'urètre prostatique. Veru hypertrophié et injecté, destruction du veru par étincelage.

OBSERVATION 81.

S. O..., 37 ans, consulte le 29 août 1925 pour goutte chronique. Blennorragie en 1920. Urétroscopie : urètre postérieur hyperhémisé et œdème de la paroi supérieure du col. Veru tuméfié, recouvert de fausses membranes. Etincelage.

OBSERVATION 82.

K..., 27 ans, consulte le 11 août 1924 pour goutte chronique et pollakiurie diurne. Blennorragie en 1913. Examen urétroscopique : veru-montanite légère, hyperhémie diffuse du col et de l'urètre prostatique.

OBSERVATION 83.

S. F..., 49 ans, consulte le 25 mars 1924 pour une *impuissance totale*, une légère dysurie et des brûlures à la miction. Blennorragie il y a vingt-huit ans. Actuellement, urines claires, signes de rétrécissement (dilatation au béniqué). Pas de syphilis. Urétroscopie. Bulle d'œdème organisée à la partie supérieure du col, très irrégulier. Urètre prostatique rouge et

rugueux, avec végétations polypoides au-dessus du veru. Veru ratatiné, presque effacé, à surface blanchâtre. Etincelage du veru. Très grosse amélioration.

OBSERVATION 84.

A. V..., 28 ans, consulte le 20 septembre 1924 pour pollakiurie, douleurs urétrales et goutte chronique. Urétroscopie : vessie normale, col normal, veru remplacé par une masse végétante, irrégulière, ulcérée, surface du versant urétral du col, irrégulière et injectée. Urètre sous-montanal rouge et allongé (tuberculose). Epididymite gauche tuberculeuse.

OBSERVATION 85.

G. L..., 37 ans, consulte le 17 août 1923 pour goutte matinale et désirs sexuels émoussés. Blennorrhagie il y a cinq ans. Urétroscopie : lésions d'œdème organisé à la partie supérieure du col et sur les deux parois latérales de l'urètre prostatique. Veru ratatiné, scléreux, polype fin et long à la partie latérale gauche du veru. Etincelage : destruction du polype. Très amélioré.

OBSERVATION 86.

K. W..., 26 ans, consulte le 14 mars 1924 pour une goutte matinale apparue il y a trois jours et une sensation de cuisson à la miction. Blennorrhagie en 1922 (fig.). Urétroscopie : col régulier avec petites végétations à sa partie inférieure et dans l'urètre prostatique. Veru boursoufflé, œdématisé,



FIGURE 17

Observation LXXXVI

avec de minuscules excroissances à sa surface. Etincelage des lésions.

OBSERVATION 87.

R. R..., 27 ans, consulte le 27 juillet 1924 pour goutté chronique. Urétroscopie : quelques vésicules d'œdème sur le bord supérieur du col, veru injecté un peu boursoufflé. Urètre prostatique hyperhémie. Etincelage.

OBSERVATION 88.

D. G..., 30 ans, consulte le 23 juin 1924 pour pollakiurie, mictions douloureuses et goutte chronique. Examen urétroscopique : uréthro-cystite postérieure avec veru-montanite intense. Etincelage.

OBSERVATION 89.

P. T..., 24 ans, consulte pour goutte chronique, pollakiurie douloureuse. Urétroscopie le 24 mai 1924 : œdème du col et végétations. Uréto-cystite postérieure avec veru-montanite. Etincelage et instillations au nitrate d'argent.

OBSERVATION 90.

O. F..., consulte le 20 mai 1924 pour pollakiurie et goutte chronique. Urétroscopie : lésions d'uréto-cystite végétante sur tout l'urètre prostatique, quelques bulles d'œdème sur la partie supérieure du col. Veru rouge, irrégulier, boursoufflé. Etincelage des lésions.

OBSERVATION 91.

A. A..., 19 ans, consulte pour goutte chronique. Contours du col normaux. Uréto-cystite végétante sus-montanale. Veru irrégulier, boursoufflé et rouge. Etincelage.

OBSERVATION 92.

G. B..., consulte le 23 novembre 1923 pour goutte chronique. Urétroscopie : col régulier, mais hyperhémifié. Œdème poly-poïde organisé de l'urètre postérieur et de la base du veru. Ebauche de lobes latéraux. Etincelage étendu, massages prostatiques prescrits. Ne s'est plus représenté.

Conclusions

I. — Le veru-montanum, organe glandulaire de l'urètre postérieur et carrefour génital, est fréquemment atteint au cours des urétrites postérieures chroniques (33 p. 100 des cas) : urétrites gonococciques ou post-gonococciques, exceptionnellement au cours d'urétrites colibacillaires ou chimiques.)

On pourra observer les veru-montanites primitives chez des individus sans antécédents d'urétrite. L'analyse des symptômes, des veru-montanites primitives permet d'établir ce qui revient aux lésions montanales dans le tableau complexe des urétrites invétérées.

II. — L'infection du veru-montanum contribue à la persistance de l'écoulement urétral. Elle est la cause de manifestations douloureuses, locales ou irradiées à distance. Les veru-montanites peuvent troubler, par voie réflexe, la physiologie normale du muscle vésical. Elles donnent lieu, dans la presque totalité des cas à un véritable syndrome génital.

III. — Les veru-montanites seront soupçonnées par l'examen clinique, mais elles seront vérifiées par l'urétroscopie postérieure. Cette exploration, facile et bénigne, est indispensable pour qui veut traiter et guérir une urétrite chronique invétérée.

L'urétroscopie permettra de déterminer le type anatomique de la veru-montanite : congestion simple, œdème diffus et bulleux, végétations, polypes, utriculite. Elle précisera dans quelle mesure la muqueuse urétrale et la prostate participent ou non au tableau clinique.

IV. — L'urétroscopie postérieure n'est pas seulement un procédé d'exploration et de diagnostic; seul l'urétroscope permettra de traiter directement les lésions observées.

Si aux lésions congestives conviennent les vieux traitements par instillations, les lésions plus organisées pourront être détruites par le courant de haute fréquence : étincelage pour les lésions superficielles, électrocoagulation pour les lésions plus profondes. Dans certains cas, on pourra être amené sans inconvénients majeurs pour les fonctions génitales à détruire radicalement un veru-montanum infecté.

V. — Le pronostic des veru-montanites variera suivant que l'on se trouvera en présence de lésions montanales isolées ou associées. Dans cette dernière éventualité, il sera indispensable, pour arriver à un résultat, de ne pas négliger le traitement des prostatites subaiguës si fréquemment associées.

Vu, le Doyen, *Vu, le Président,*

ROGER. LEGUEU.

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

APPELL.

Bibliographie

- AYSAGUER (Georges). — L'urétroscopie postérieure, in thèse, Paris 1921.
- DELBET, in POIRIER et CHARPY. — Traité d'anatomie.
- TESTUT. — Anatomie descriptive.
- CHEVKOUNENKO. — Sur l'anatomie chirurgicale du verumontanum (Colliculus seminalis) (Chirurguitchesky Archiv. Neliaminova, t. XXIX, n° 1, 1913, p. 22 à 45).
- Concerning newer methods of uretro-vesical diagnosis as applied to neck of the bladder and posterior urethra (Amer. of. Surgery, vol. XXXII, p. 1677).
- COURTADE. — Electrothérapie appliquée à l'urologie; E. Le François, éditeur, 1921.
- FRANK (R.-W.) (Berlin). — Valeur de la méthode urétroscopique en clinique (Zeitschrift für Urologie, 1912, Bd. III, p. 419 à 439).
- Über die Bezinungen der papillomatoösen Wucherungender Blasenhal ses und her hinteren Harnröhrezunm Mechanismus der Harnentlerung und zur sexuellen Neurasthenie (Zeitschrift für Urol., 1908, p. 922 à 938).
- HAWKINS (John A.). — Some observations on inflammation of the verumontanum (Transactions of the Amer. Urol. Assoc., 1909, vol. III, p. 100).
- HUNNER (M.). — Disorders of sexual fonction in relation to conditions in postérieur urethra (Med. Record of New-York City, n° 15, 12 avril 1919, p. 596).

- LALLEMAND, MAND, WILSON. — Spermatorrhœa, 1866.
- MARSAN (F.). — Les lésions de l'urètre postérieur dans la neurasthénie urinaire (Arch. Urol. de la Clin. de Necker, t. I, fasc. II, p. 204, 1913).
- ORLOWSKI. — L'inflammation du veru-montanum et ses conséquences directes et réflexes. (Jour. d'Urol. médicale et chirurgicale, t. I, n° 6, 15 juin 1912, p. 769.)
- Exploration et traitement des lésions de l'urètre postérieur et du col vésical avec l'appareil de Mac Carthy. — Arch. Urol. de la Clin. de Necker, t. III, fasc. I, p. 47, 1921.
- OBERLOENDER et KOLLMANN. — Die chronische Gonorrhœe der männlichen, Harnroepre, Leipzig, 1910.
- PENNOCK (W.-J.). — Verumontanitis. — The Journ. of the Amer. med. Ass., t. LXV, n° 14, 20 oct. 1915, p. 1167.
- POROSZ (M.). — The anatomic physiological and pathological role of the ejaculatory duct, the colliculus seminalis and of the sphincter spermaticus. — The urologic and cutaneous Review, vol. 2, n° 2, avril 1914.
- RANDALL (Alexandre). — Manifestations cliniques des polypes de l'urètre de l'homme. — Annals of Surgery, sept. 1914, p. 325 à 336.
- RYTINA (A. G.). — The radical removal of the verumontanum with notes on pathology. — Journ. Améric. Médic. Ass., 1915, LXIV, p. 45-47. Discussion 50.
- RATHBUN. — Neurasthénie génitale. — The Amér. Journ. of Urol., vol. VIII, n° 4, avril 1912, p. 204.
- RUGGLES WOOD. — Pathologie du veru-montanum. — New-York Medical Journal, vol. XCIV, nov. 1911, n° 22, p. 1069 à 1073.
- SCHEUER (Oskar). — Constatations urétroscopiques en cas de spermatorrhée et de prostatorrhée. — Méd. Klinik, n° 45, 5 nov. 1911, p. 1732.
- SWINBURNE (Geo.-R.). — Disturbances duex to diseases of the verumontanum and its treatment with the postérieur

- endoscope. — Trans. Amér. Urol. Assoc., vol. III, 1908, p. 57.
- Disease and treatment of the verumontanum. — Trans. Am. Urol. Assoc., vol. V, année 1911, p. 169.
- WALKER (Geo.). — Beitrag zur Kenntniss der Anatomie und Physiologie der Prostata nebst Bemerkungen über den Vorgang der Ejaculation. — Archiv. für Anatomie und Physiologie, Anatomie Abtheil., 1899, p. 313.
- Journ. Anat. und Physiologie, vol. XI, p. 90, 1906.
- WASSILIEF (A.-J.). — Etude clinique du verumontanum (en russe). — Chirourguitchesky Archiv. Veliaminova, t. XXIX, n° 1, 1913, p. 45-65.
- WATSON. — Anatomie et développement du verumontanum. — Journ. of Urol., octobre 1918.
- WOLBARST (Alr.-L.). — The colliculus seminalis considered as a factor in chronic disease of the male urethra. — Amér. Journ. of Surgery, octobre 1914.
- Demonstration of wax models of pathologic lesions observed in the posterior male urethra by means of the posterior urethroscope. — Trans. of Amer. Urol. Ass. Congrès de Baltimore, 13, 14, 15 avril 1915, n. 470.
- WOSSIDLO. — Les maladies de l'utricule prostatique. — Zeitsch. f. Urol., 1908, p. 243.
-

TABLES DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION.	9
ANATOMIE NORMALE DE L'URÈTRE PROSTATIQUE ET DU VERU-MONTANUM.	10
Urètre prostatique en général.	10
Rapports de l'urètre avec la prostate.	11
Rapports de l'urètre prostatique avec le sphincter interne et le sphincter lisse.	12
Rapports de l'urètre prostatique avec le sphincter externe et le sphincter strié.	12
HISTOLOGIE DE L'URÈTRE PROSTATIQUE.	15
ANATOMIE DESCRIPTIVE :	
Segment sus-montanal de l'urètre prostatique.	19
Segment montanal de l'urètre prostatique.	21
Segment sous-montanal de l'urètre prostatique.	23
STRUCTURE DU VERU-MONTANUM. — HISTOLOGIE.	24
L'utricule prostatique.	26
Les canaux éjaculateurs.	29
PHYSIOLOGIE :	
De l'urètre prostatique en général.	32
Du sphincter interne et du sphincter externe.	34
De la prostate.	35
Du veru-montanum.	35

ETIOLOGIE DES VERU-MONTANITES.	37
SYMPTOMATOLOGIE DES VERU-MONTANITES.	39
DIAGNOSTIC URÉTROSCOPIQUE DES VERU-MONTANITES.	45
Urétroscopie postérieure normale.	45
Urétroscopie postérieure pathologique.	52
TRAITEMENT DES VERU-MONTANITES.	59
OBSERVATIONS :	
De 1 à 11 inclus, observations des malades étudiés par le D ^r Flandrin et par nous-même.	64
De 12 à 92, observations inédites recueillies dans les documents du service d'urétroscopie de la Clini- que Urologique de Necker.	83
CONCLUSIONS.	107
BIBLIOGRAPHIE.	109

IMP. COMMERCIALS PERRETTE, LIMOGES
